TITRES

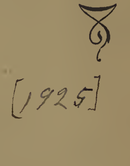
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur H. COSTANTINI





[1925]

Edité par EDMOND CHAPPUIS

PUBLICISTE

ALGER - 2, RUE JUBA - ALGER

Hommages respectueux
23 - 2 - 31 Alger
Hostantini

Titres

et Travaux Scientifiques

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur H. COSTANTINI





Edité par EDMOND CHAPPUIS

PUBLICISTE

ALGER - 2, RUE JUBA - ALGER

TITRES SCIENTIFIQUES

TITRES AUX HOPITAUX

Interne des hopitaux d'Alger (Concours 1906)
Interne provisoire des hopitaux de Paris (1912)
Interne des hopitaux de Paris (1913)

TITRES A LA FACULTE

Aide d'anatomie a l'École de médecine d'Alger (1908)
Prosecteur a l'École de médecine d'Alger (1909)
Chef de clinique adjoint a la Faculté de médecine de Paris (1919)
Agrégé de chirurgie a la Faculté de médecine d'Alger (1er) (1920)
Prof. de Clinique chirurgicale (1931)

PRIX

Lauréat des hopitaux d'Alger (Prix Poisson 1908)
Lauréat de la Société de chirurgie de Paris
(Prix Guinard 1919)

SOCIETES SAVANTES

Membre correspondant de la société de chirurgie de Paris (1923)
Membre adjoint de la société anatomique (1919)
Membre de l'association française de chirurgie (1921)
Membre correspondant de l'association française pour l'étude du cancer (1923)
Membre de la société de médecine d'Alger (1920)
Membre de la société d'obstétrique et de gynécologie (Section d'Alger)
Membre correspondant de la société de gastroentérologie de Paris (1924)
Membre de la société de chirurgie d'Alger (Secrétaire général) (1925)

COLLABORATION AUX PERIODIQUES

Directeur de la *Revue de Chirurgie* (1925)
Collaborateur analytique du *Journal de Chirurgie* (1923)
Collaborateur des *Archives Franco-Belges de Chirurgie* (1921)
Membre fondateur du *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*

ENSEIGNEMENT

Démonstrations d'anatomie en qualité de faisant fonctions d'aide d'anatomie puis d'aide d'anatomie et de prosecteur à l'Ecole de Médecine d'Alger, 1907-1908-1909.

Démonstrations d'anatomie en qualité d'aide d'anatomie bénévole à l'Amphithéâtre de Clamart, 1913-1914.

Conférences de pathologie chirurgicale en qualité de Chef de clinique adjoint du professeur QUENU, Hôpital Cochin; du professeur Agrégé A. SCHWARTZ, Hôpital Necker, 1919-1920.

Leçons de pathologie externe en qualité d'Agrégé à la Faculté de Médecine d'Alger, 1920-1925.

PROGRAMMES

1920-1921 (semestre été). — Chirurgie du thorax, de la tête et du cou.

1921-1922 (semestre été). — Chirurgie des membres, fracturés et Chirurgie urinaire.

1922-1923 (semestre hiver, 2 mois); Gynécologie (semestre été, 2 mois). — Chirurgie du foie et du pancréas.

1923-1924 (semestre été). — Chirurgie du tube digestif.

1924-1925 (semestre été). — Chirurgie du thorax, de la tête et du cou.

Leçons de clinique chirurgicale à l'Hôpital civil de Mustapha (clinique chirurgicale) en remplacement de M. le Professeur Vincent, en congé:

1922-1923. — Semestre d'hiver
1923-1924. — Semestre d'hiver
1924-1925. — Semestre d'hiver

REMPLACEMENT A LA CLINIQUE CHIRURGICALE (M. le Professeur Vincent)

1921, — Du 1er au 31 Juillet (vacances).

1922, — Du 1er au 31 Octobre (vacances)
Du 15 novembre au 31 décembre (suppléance).

1923, — Du 1er Janvier au 15 Février (suppléance).
Du 1er Juillet au 6 Octobre (vacances).
Du 15 Novembre au 31 Décembre (suppléance).

1924, — Du 1er Janvier au 15 Février (suppléance)
Assistant du 15 Février au 15 Juillet,

1924-1925, — M. le Professeur Vincent ayant été admis à faire valoir ses droits à la retraite nous avons été désigné par le Ministre pour le suppléer à partir du 3 Novembre 1924 en attendant la nomination d'un titulaire.

TITRES MILITAIRES

Toute la durée de la guerre au front.

Une blessure.

Cinq citations.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Liste par Ordre chronologique

Année 1913

1. — TECHNIQUE DU CURAGE DES GANGLIONS DE L'AINE. — (*Progrès Médical,* 1913, n° 18).
2. — METHODE EFFICACE POUR LA GUERISON RAPIDE DU BUBON CHANCRELLEUX. — (*Paris Médical* 1913, p. 274).
3. — RUPTURE D'UN PYOSALPYNX DANS LE PERITOINE. PERITONITE SURAIGUE. MORT. — (*B. et M. de la Société Anatomique,* 7 novembre 1913).
4. — TUMEUR DU MAXILLAIRE SUPERIEUR. — (*B. et M. de la Soc. Anat.,* 7 nov. 1913).
5. — TUBERCULOSE HERNIAIRE. — (*B. et M. de la Société Anatomique,* 1913).

Année 1914

6. — NOTES SUR L'ANATOMIE DES APONEVROSES SUS-HYOIDIENNES. — (*Journal de l'Anatomie,* janvier 1914).
7. — SUR UN CAS DE PLEURESIE PUTRIDE TRAITE AVEC SUCCES PAR UN COURANT CONTINU D'OXYGENE. — (*Bulletin Médical,* 14 février 1914).
8. — DES INDICATIONS DE LA RESECTION INTESTINALE DANS LA CURE RADICALE DE CERTAINES HERNIES. (En collaboration avec M. de Prof. Quénu). — *Revue de Chirurgie,* 10 avril 1914).
9. — LUXATION PATHOLOGIQUE DU POIGNET ET RUPTURE SPONTANEE D'UN TENDON EXTENSEUR AU NIVEAU DE L'ARTICLE. — (*B. et M. de la Soc. Anat.,* mai 1914).

10. — EPITHELIOMA DES PAVILLONS AURICULAIRES. — (*B. et M. de la Soc. Anat.*, mai 1914).

Année 1916

11. — DE LA CHIRURGIE DANS LES POSTES CHIRURGICAUX AVANCES. — (*Paris Médical*, juin 1916).

12. — QUELQUES REFLEXIONS SUR LA SUTURE PRIMITIVE, LA SUTURE SECONDAIRE PRECOCE ET LA SUTURE SECONDAIRE TARDIVE DES PLAIES DE GUERRE. (En collaboration avec M. Vigot). — *Bulletin Médical*, 11 août 1917.

Année 1917

13. — TECHNIQUE DE L'ESQUILLECTOMIE EN CHIRURGIE DE GUERRE.. — (*Paris Médical*, août 1917).

14. — 34 PLAIES PENETRANTES DE L'ABDOMEN. (En collaboraboration avec M. Vigot). — *B. et M. de la Société de Chirurgie*, 16 octobre 1917. Rapport de M. Quenu.

15. — APPAREIL DE REDUCTION ET DE CONTENTION DES FRACTURES OUVERTES SOUS--TROCHANTERIENNES. (En collaboration avec M. Vigot). — *B. et M. de la Société de Chirurgie*, 21 nov. 1917. Rapport de M. Rochard.

16. — INTERVENTION IMMEDIATE DANS LES PLAIES DU CŒUR. DEUX OBSERVATIONS. DEUX GUERISONS. — *B. et M. de la Société de Chirurgie*, 21 nov. 1917. Rapport de M. Rochard, p. 383 à398.

17. — OPERATIONS IMMEDIATES POUR PLAIES DU CŒUR PAR PROJECTILES DE GUERRE. (En collaboration avec M. Vigot). — *Revue de Chirurgie*, septembre-octobre 1917).

Année 1918

18. — TRAITEMENT DES BLESSURES DES GROS VAISSEAUX DU COU ET DE LEURS BRANCHES. (En collaboration avec M. Vigot). — *Presse Médicale*, 31 janvier 1918.

19. — DU SIPHONAGE ET DE LA STERILISATION DE LA PLEVRE. (En collaboration avec M. Vigot). — *Paris Médical*, 26 janvier 1918).

20. — NOTES SUR LA GANGRENE GAZEUSE. (En collaboration avec M. Vigot). —*Bulletin Médical*, 1918.

21. — L'HUILE CAMPHREE INTRAVEINEUSE DANS LE TRAITEMENT DE L'ETAT DE SHOCK. (En collaboration avec M. Vigot). — *Bulletin Médical,* 5 octobre 1918).

22. — APPAREIL DE TRANSPORT POUR FRACTURE DE CUISSE. (En collaboration avec M. Vigot). — *B. et M. de la Société de Chirurgie,* 27 janvier 1918. Rapport de M. Rochard.

23. — DU SIEGE ET DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES ZONES DE MATITE DANS LES EPANCHEMENT INTRA-ABDOMINAUX D'ORIGINE TRAUMATIQUE. (En collaboration avec M. Vigot). — *Paris Médical,* 2 novembre 1918.

24. — REDUCTION DES FRACTURES SOUS-TROCHANTERIENNES PAR LE DECUBITUS VENTRAL. (En collaboration avec M. Vigot). — *Paris Médical,* p. 486, 1918.

25. — DES INDICATIONS DE LA TRANSFUSION CITRATEE EN CHIRURGIE DE GUERRE (en collaboration avec M. Vigot). — *Presse Médicale,* 7 novembre 1918.

26. — L'IMMOBILITE DE L'OMBRE CARDIO-PERICARDIQUE CONSIDEREE COMME SIGNE PATHOGNOMONIQUE DES PLAIES DU CŒUR. (En collaboration avec M. L. Gosselin). — *Journal de Radiologie,* 1918, n° 1.

Année 1919.

27. — LE POINT DE MAXIMUM DE MOBILISATION DANS LA LOCALISATION DES PROJECTILES. (En collaboration avec M. L. Gosselin). — *Journal de Radiologie,* 1919, n° 4.

28. — ELECTRO-AIMANT POUR EXTRACTION DE PROJECTILES INTRA-CEREBRAUX. (En collaboration avec M. L. Gosselin). — *Journal de Radiologie,* 1919, n° 5.

29. — DE LA CHIRURGIE DES PLAIES RECENTES DU CŒUR PAR PROJECTILES ET INSTRUMENTS TRANCHANTS. — *Thèse de Paris,* 1919, 128 pages, 21 figures schémas, 5 planches.

30. — SUR UN NOUVEAU MODE DE REDUCTION DES LUXATIONS DE L'EPAULE PAR LA TRACTION EN BAS. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique,* 25 juillet 1919.

31. — DU TRAITEMENT DES FRACTURES FERMEES DU TIBIA ET DU PERONE, EXCEPTION FAITE DES FRACTURES DU PLATEAU TIBIAL. — *Presse Médicale,* 4 septembre 1919.

32. — EVENTRATION AVEC ADHERENCES PROFONDES DU GRELE. BLESSURE DE L'ANSE ADHERENTE. RESECTION ANASTOMOSE BOUT A BOUT. GUERISON. (En collaboration avec M. LAURET). — *B. et M. de la Société Anatomique*, 8 novembre 1919.

ANNÉE 1920

33. — PLAIES DE L'ABDOMEN. (En collaboration avec M. VIGOT). — *B. et M. Société Chirurgie*, 14 janvier 1920. Rapport de M. QUÉNU.

34. — TECHNIQUE DE LA RESECTION DE L'INTESTIN GRELE. ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE. — *Presse Médicale*, 11 février 1920.

35. — CONTUSION DE LA RATE. SPLENECTOMIE PAR THORACO-PHRENO-LAPAROTOMIE. — *Société de Chirurgie*, 18 février 1920. Rapport de M. A. SCHWARTZ.

36. — ECHINOCOCCOSE GENERALISEE DU PERITOINE ET DE LA PLEVRE DROITE. INTERVENTION EN PLUSIEURS TEMPS. — *B. et M. Société Anatomique*, 5 mars 1920.

37. — TUMEUR DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE. — *Société Anatomique*, 16 avril 1920.

38. — EPHITELIOMA BRANCHIAL. — *B. et M. Société Anatomique*, 16 avril 1920.

39. — HEMATOCELE VAGINALE ET PACHYPERITONITE D'UN SAC DE HERNIE. (En collaboration avec M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE), — Avril 1920.

40. — SUR UN CAS DE PSEUDO-HERMAPHRODISME. — (*Bulletin Médical*, mai 1920.

41. — OSTEOARTHRITE DEFORMANTE JUVENILE DE LA HANCHE. — *B. et M. Société Anatomique*, 1920.

42. — A PROPOS DU TRAITEMENT IMMEDIAT DES PLAIES DE LA VESSIE PAR PETITS PROJECTILES SANS LESIONS DU BASSIN. — *Paris Médical*, mai 1920.

43. — PLAIES DU CŒUR A SYMPTOMES RETARDES. (En collaboration avec M. MOCQUOT). — *Revue de Chirurgie*, mai 1920, p. 257 à 270.

44. — DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PLAIES DU CŒUR. — *Journal de Chirurgie*, 1920, p. 381 à 398.

45. — TRAITEMENT DES PLAIES DES GROS VAISSEAUX DU COU, DE L'AISSELLE ET DU MEDIASTIN SUS-CARDIAQUE. — *Journal de Chirurgie*, février 1920, p. 150 à 170. 20 fig.

46. — HERNIE DIAPHRAGMATIQUE TRAUMATIQUE ETRANGLEE. — *Société de Chirurgie,* 8 décembre 1920. Rapport de M. Lecène.

Année 1921

47. — TUMEUR CERVICO-MEDIASTINALE GAUCHE D'ORIGINE THYREOGLOSSE PROBABLE. EXTIRPATION APRES DESARTICULATION TEMPORAIRE DE LA CLAVICULE PNEUMOTHORAX OPERATOIRE. LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIERE ET DE LA VERTEBRALE. GUERISON. — *Société de Chirurgie,* 26 octobre 1921. (En collaboration avec M. Duboucher). Rapport de M. Pierre Duval.

48. — UNE NOUVELLE VOIE D'EXPLORATION DU CŒUR. — *Presse Médicale,* 18 juin 1921.

49. — TRAUMATISME CRANIEN. COMMOTION HYPERTROPHIQUE DE DURET AU 10e JOUR. LARGE TREPANATION DECOMPRESSIVE. GUERISON. — *Société de Chirurgie,* 29 juin 1921. Rapport de M. Lecène.

50. — TUMEUR DU PLANCHER DE LA BOUCHE. — *Société Anatomique,* 1921, avec Duboucher.

Année 1922

51. — A PROPOS D'UN CAS DE LUXATION ANTERO-LATERALE DE LA COLONNE VERTEBRALE (2e SUR 3e LOMBAIRE) REDUITE PAR LA METHODE SANGLANTE. (En collaboration avec Duboucher). — *Revue d'Orthopédie,* janvier 1922.

52. — VALEUR DE L'INCISION COMBINEE DE L'ABDOMEN ET DU THORAX DANS L'EXPLORATION CHIRURGICALE DE L'HYPOCHONDRE GAUCHE. — *Journal de Chirurgie,* p. 130 à 140, 6 planches.

53. — LUXATION SOUS-ACROMINALE BILATERALE PAR ACTION MUSCULAIRE (épilepsie). — *Presse Médicale,* 15 janvier 1922.

54. — PARALYSIE DU NERF CIRCONFLEXE, CONSECUTIVE A UNE LUXATION DE L'EPAULE. INTERVENTION. GUERISON. — *Société de Chirurgie,* 31 mai 1922. Rapport de M. Mocquot.

Année 1923

55. — LES ADENOMES BILIAIRES KYSTIQUES ET SPECIALEMENT DES GRANDS KYSTES BILIAIRES CHIRURGICAUX DU FOIE. — *Journal de Chirurgie,* janvier 1923, avec Duboucher, pp. 1 à 25, 1 fig.

56. — TRAITEMENT DES ABCES AMIBIENS DU FOIE. — *Société de Médecine d'Alger,* 6 janvier 1923, avec AUBRY.

57. — PSEUDO-KYSTE HEMATIQUE DE LA RATE CHEZ UN PALUDEEN. SPLENECTOMIE. — *Société de Chirurgie.* Rapport de M. MOCQUOT, 10 janvier 1923.

58. — FISTULE CUTANEE STERCORALE DU GRELE. ANASTOMOSE ILEOCOLIQUE SUR LE COLON TRANSVERSE, PUIS RESECTION DE L'ANSE FISTULISEE. GUERISON. — *Société de Chirurgie,* 7 février 1923. Rapport de M. OKINCZIC. Avec DUBOUCHER.

59. — GREFFE D'ALBEE POUR MAL DE POTT. — *Société de Médecine* d'Alger 1923.

60. — DE LA PREPARATION DE LA PLAIE DANS LES GREFFES D'OLLIER-THIERSCH. — *Presse Médicale,* 14 mars 1923.

61. — CANCER DU COL DE L'UTERUS AU COURS D'UN PROLAPSUS GENITAL COMPLET. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* 14 avril 1923, avec MONTÉRO.

62. — RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETHRE. — *Société de Médecine d'Alger,* 21 avril 1924.

63. — KYSTES DE L'OVAIRE OUVERT DANS LE RECTUM. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1923.

64. — A PROPOS D'UNE FRACTURE ISOLEE DU SCAPHOIDE TARSIEN. — *Journal de Chirurgie et de Médecine de l'Afrique du Nord,* juin 1923, avec DUBOUCHER.

65. — PARALYSIE TARDIVE DU NERF CUBITAL A LA SUITE D'UNE FRACTURE DU CONDYLE EXTERNE DE L'HUMERUS. — *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord,* octobre 1923.

66. — OBLITERATIONS NON CALCULEUSE DES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. Séance du 12 octobre.

67. — KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES DU FOIE, SITUATION POSTERIEURE DE L'UN D'EUX, ELARGISSEMENT DE LA LAPAROTOMIE PAR THORACO-PHRENO-LAPAROTOMIE SANS PNEUMOTHORAX. GUERISON. — *Société de Chirurgie,* 24 octobre 1923. Rapport de M. ROUX-BERGER.

68. — ABSENCE CONGENITALE DU VAGIN. OPERATION DE BALDWIN. — Rapport de M. A. SCHWARTZ. — *Société de Chirurgie,* 31 octobre 1923.

69. — A PROPOS DE SCIALITIQUE DE VERAIN POUR L'ECLAIRAGE DU CHAMP OPERATOIRE. — *Journal de Médecine de l'Afrique du Nord*, novembre 1923.

70. — KYSTES HYDATIQUES DU TIBIA. — Société de Chirurgie, 12 décembre 1923. Rapport de M. MOUCHET avec DUBOUCHER.

71. — CONTUSION DU PANCREAS ET FAUX KYSTES TRAUMATIQUES. — *Revue de Chirurgie*, 1923, pp. 21 à 60, pp. 279 à 318, pp. 711 à 748, avec MOCQUOT (de Paris).

72. — LUXATION MEDIOTARSIENNE DORSALE AU COURS D'UNE FRACTURE DU CALCANEUM AVEC LUXATION DE L'ASTRAGALE. — *B. et M. de la Société Anatomique*, décembre 1923, p. 787.

73. — FRACTURE DU SCAPHOIDE AVEC FRAGMENT INTERNE ENUCLEE EN AVANT, SUBLUXATION DU SEMI-LUNAIRE AVEC ENUCLEATION TOTALE SECONDAIRE. — *B. et M. de la Société Anatomique*, décembre 1923, p. 791.

74. — KYSTES HYDATIQUES DE L'OMOPLATE. — *B. et M. de la Société Anatomique*, décembre 1924, p. 793.

ANNÉE 1924

75. — KYSTES HYDATIQUES DES OS LONGS. — *Revue de Chirurgie*, 1924, pp. 401 à 442.

76. — KYSTE HYDATIQUE DU FOIE OUVERT DANS LA PLEVRE. — Société de Médecine d'Alger, 3 mai 1924. *In Presse Médicale*, 14 mai 1924.

77. — ATTITUDE VICIEUSE EN FLEXION DES GENOUX CHEZ UN INDIGENE, TENOTOMIE POSTERIEURE DES DEUX COTES. RESULTAT INCOMPLET. RESECTION DU COTE GAUCHE. — Société de Médecine d'Alger, 24 mai 1924. *In Presse Médicale*, 17 mai 1924, avec VERGOZ.

78. — HISTOIRE D'UNE FAMILLE A KYSTES HYDATIQUES. — Société de Médecine d'Alger, 24 mai 1924. *In Presse Médicale*, 4 juin 1924.

79. — LUXATION SOUS-ASTRAGALIENNE. — Société de Médecine d'Alger, 24 mai 1924. *In Presse Médicale*, 4 juin 1924.

80. — EVOLUTION PARALLELE HISTOLOGIQUEMENT DIFFERENTE, DE DEUX CANCERS, L'UN DE LA REGION MAMMAIRE, L'AUTRE DU CUIR CHEVELU. — Société de Médecine d'Alger, 8 juin 1924. In *Presse Médicale*, 26 juillet 1924, avec VERGOZ.

81. — CINQ OBSERVATIONS D'ABCES DU FOIE TRAITEES PAR L'OUVERTURE PUIS LA FERMETURE PRIMITIVE, AVEC ADJONCTION DU TRAITEMENT EMETINIEN. — Société de Chirurgie de Paris, 28 juin 1924.

82. — CYSTITES GANGRENEUSES DISSEQUANTES. — *Revue de Chirurgie* 1924, avec MM. BERNASCONI et DUBOUCHER, pp. 590 à 634, 1 figure.

83. — SUR UN POINT DE MEDECINE OPERATOIRE DANS L'OPERATION DE BALDWIN. — *Presse Médicale*, octobre 1924.

84. — CHOIX DE L'ANESTHESIE DANS LES OPERATIONS DE L'ESTOMAC ET SOINS PREOPERATOIRES. Congrès Français de Chirurgie, octobre 1924.

ANNÉE 1925

85. — SUR LES ZONES DECOLLABLES DE LA MUQUEUSE VESICALE. — *B. et M. de la Société Anatomique*, 1925, avec RIBET (pour paraître).

86. — LA THORACO-PHRENO-LAPAROTOMIE SANS PNEUMOTHORAX DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE, A LOCALISATION SUPERO-POSTERIEURE. — *Presse Médicale* 1925 (pour paraître).

87. — A PROPOS D'UNE INTERVENTION POUR COMPRESSION DE LA QUEUE DE CHEVAL, avec AZOULAY. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 1925. N° consacré à la chirurgie médullaire (pour paraître).

88. — DES PLAIES DU CŒUR. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 1925. N° consacré à la chirurgie du cœur (pour paraître).

89. — LA RESECTION DU GENOU POUR TUBERCULOSE, SUIVANT LA TECHNIQUE DE ROCHARD. — *Journal de Chirurgie*, 1925 (pour paraître).

90. — SYNDROME DE WOLKMAN TRAITE PAR L'ELONGATION TENDINEUSE. — Société de Médecine d'Alger, 1925, avec VERGOZ.

91. — CHOLECYSTITE CALCULEUSE SUPPUREE OPEREE EN DEUX TEMPS. — Société de Médecine d'Alger, 1925, avec VERGOZ et CORTÈS.

92. — COMPRESSION DUODENALE SOUS-VATERIENNE APRES GASTRO-ENTEROSTOMIE POUR ULCERE GASTRIQUE. DUODENO-JEJUNOSTOMIE. GUERISON, avec VERGOZ. — Société de Gastro-Entérologie de Paris, 1925.

93. — ULCERE DU DUODENUM ET ABSENCE DE TORSION DE L'ANSE INTESTINALE, avec Vergoz. — Société de Gastro-Entérologie de Paris, 1925.

94. — A PROPOS D'UN CAS DE LITHIASE SALIVAIRE AVEC RADIOGRAPHIE. — *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, 1925, avec Marchioni (pour paraître).

OBSERVATIONS PERSONNELLES ou NOTES dans :

1. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DU POSTE CHIRURGICAL AVANCE. — (Thèse de LABEYLIÈS, Bordeaux 1916).
2. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PLAIES DU CRANE EN CHIRURGIE DE GUERRE. — (Thèse d'ECHENBRENNER, Bordeaux 1916)-
3. — LA TRANSFUSION DU SANG CITRATE. — (Thèse de BASSET, Paris 1918).
4. — CONTRIBUTION A L'ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA GANGRENE GAZEUSE. — (Thèse de M. VIGOT, Paris 1919). Rapport de M. QUÉNU à propos d'une observation de M. MATHIEU sur une amputation pour écrasement de jambe, 29 octobre 1914, p. 1346.
5. — A PROPOS DE L'OPERATION DE RICARD, AMPUTATION INTER TIBIO-CALCANEENNE, par MM. KUSS et HOUDARD. — *Revue de Chirurgie*, mai 1920.
6. — LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES. — (Thèse de Jean QUÉNU, Paris 1920).
7. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FRACTURES DU SOURCIL COTYLOIDIEN. — (Thèse de TCHVIKLINSKI, Alger 1923).
8. — LES HEMATOMES ENKYSTES DE LA RATE DANS LE PALUDISME. — (Thèse de MARGUERITTE, Alger 1924).
9. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ABCES AMIBIENS DU FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES. — (Thèse de BOUMALI, Alger 1923).
10. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'OPERATION DE BALDWIN (création d'un vagin artificiel). — Thèse de RIVIÈRE, Alger 1924.
11. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'INFARCTUS INTESTINAL CONSECUTIF A L'OBLITERATION DES VAISSEAUX MESENTERIQUES. — (Thèse de GANASCIA, Alger 1924).
12. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES HYDATIQUES OSSEUX DE LA COLONNE VERTEBRALE. — (Thèse de KERSENTÉ, Alger 1924).

13. — FISTULES SALIVAIRES. — (Thèse de FOYOLAT, Alger 1924).

14. — TRAITEMENT DES BRULURES PAR LA METHODE DE QUENU. — (ELBAZ, *Thèse d'Alger*, 1924).

15. — OPERATION CESARIENNE CONSERVATRICE DANS UN CAS DE PLACENTA PRŒVIA CENTRO PARTIEL. — (ROUVIER, Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, 12 avril 1924).

16. — CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ABCES QUINIQUES. — (AUDEBERT, *Thèse d'Alger*, 1923).

17. — LES CALCULS MULTIPLES DE LA VESSIE. — LARTIGUES, *Thèse d'Alger* 1925.

ANALYSES

Nombreuses analyses dans le *Journal de Chirurgie*, de Thèses d'Alger et d'articles de journaux étrangers, (*Policlinico* et *Tumori*).

TRAITÉS DIDACTIQUES

CHIRURGIE DU THORAX. — En collaboration avec M. Anselme SCHWARTZ, de Paris. — *In Grand Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET (en préparation).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Les travaux dont nous donnons plus loin la liste chronologique portent sur diverses branches des Sciences Chirurgicales.

Nous les avons classés en huit chapitres:

I ANATOMIE CHIRURGICALE.
II CHIRURGIE GENERALE.
III CHIRURGIE DE LA TETE, DU COU ET DE LA COLONNE VERTEBRALE.
IV CHIRURGIE DU THORAX,
V CHIRURGIE DES VOIES GENITO-URINAIRES ET GYNECOLOGIE.
VI CHIRURGIE DES MEMBRES.
VII CHIRURGIE DE L'ABDOMEN.
VIII CHIRURGIE DE GUERRE.

Nous donnons à mesure un résumé aussi succinct que possible de chaque travail.

Certains problèmes chirurgicaux nous ont spécialement intéressé. Ainsi la chirurgie du cœur a été le sujet de notre thèse inaugurale et l'objet de plusieurs articles, la chirurgie des vaisseaux, notamment des vaisseaux du cou, les plaies de l'abdomen, la transfusion du sang.

Les questions de technique opératoire ont fait aussi l'objet de notre part, de travaux attentifs : résection intestinale - exploration de l'hyponchondre gauche - voie d'abord du cœur - opération de Baldwin.

Plus récemment nous avons étudié longuement les contusions et pseudo kystes du pancréas, les abcès amibiens du foie, les kystes hydatiques des os longs, les cystites gangreneuses disséquantes, etc....

CHAPITRE I

ANATOMIE CHIRURGICALE

NOTE SUR L'ANATOMIE DES APONEVROSES SUS HYOIDIENNES (*Journal de l'Anatomie*, Janvier 1914). (Travail de l'amphitéâtre de CLAMART. M. le Pr SEBILEAU).

L'étude des aponévroses et spécialement celles du cou a tenté beaucoup d'anatomistes d'où descriptions multiples et contradictoires. D'autant, qu'on a pu dire avec quelque apparence de vérité qu'il était possible de découper et d'isoler des aponévroses au gré de sa fantaisie.

Nous nous sommes aperçu dans nos dissections que beaucoup de systèmes décrits séparément présentaient entre eux de la continuité.

Dès lors, ce travail de synthèse accompli nous a permis, en isolant un appareil aponévrotique ayant la disposition d'un diaphragme, de préciser certains détails que nous n'avons vu exposés nulle part.

Nous proposons d'appeler diaphragme cervico facial une vaste formation aponévrotique et musculaire qui sépare anatomiquement d'une manière complète le cou proprement dit de la région de la face.

Ce diaphragme est formé de pièces et de morceaux. Il est la réunion de ligaments, de muscles, d'aponévroses connus depuis longtemps sinon décrits d'une manière exacte.

Comme tout diaphragme, le diaphragme cervico facial présente à considérer des insertions périphériques et centrales sur les organes qui le traversent dans le cas particulier sur le pharynx.

Insertions périfériques

a) sur la base du crâne tout le long de la crête tympanale jusqu'à l'épine tympanale où aboutit l'angle du pharynx.

b) sur le maxillaire inférieur.

1° Bord postérieur de la branche montante.

2° Bord inférieur de la branche horizontale.

Insertions centrales

a) sur le pharynx.

1° sur l'angle latéropostérieur pharyngé au niveau de l'épine tympanale.

2° sur une ligne qui va de cet angle jusqu'à la petite corne de l'os hyoïde.

Cette ligne de haut en bas:
coupe la face externe du constricteur supérieur;
suit le bord supérieur du constricteur moyen jusqu'à son insertion sur le petite corne de l'os hyoïde.

Vers l'os hyoïde la formation aponévrotique est traversée au ras de son insertion par le muscle hyoglosse. C'est cette disposition qui a donné lieu à des descriptions aussi diverses qu'erronées des aponévroses sus hyoïdiennes.

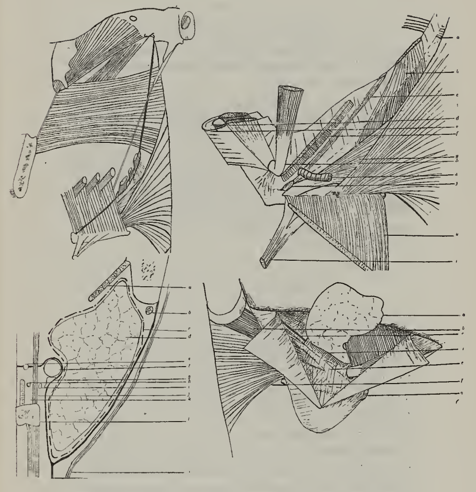
b) sur l'os hyoïde.

1° sur sa petite corne en même temps que le ligament stylo-hyoïdien qui fait partie du diaphragme.

2° sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde. La grande corne n'est pas touchée par ces insertions.

Le diaphragme est formé de pièces et de morceaux. Prennent part à sa constitution:

Le ligament stylo maxillaire, l'aileron du pharynx,



le ligament stylo hyoïdien, le muscle stylo pharyngien. Le muscle stylo hyoïdien le double plus qu'il n'en fait partie, le système aponévrotique de la bourse

sous maxillaire, la lame sus hyoïdienne médiane avec le ventre antérieur du digatrique.

Les dispositions régionales du diaphragme sont les suivantes:

1° Segment de la branche montante

C'est le diaphragme maxillo pharyngien de Gilis, tendu entre le pharynx, le crâne et le bord postérieur de la branche montante.

Il est formé par: l'aileron, du pharynx, l'apophyse styloïde et le ligament stylo hyoïdien, le muscle stylo pharyngien.

Quant aux autres muscles styliens: le muscle styloglosse couché contre le diaphragme s'en dégage rapidement pour se perdre dans la langue, le muscle stylo hyoïdien fait de même et séparé du diaphragme à son origine par l'artère carotide externe il va finir sur les cornes hyoïdiennes.

2° Segment sous maxillaire

Le diaphragme présente à ce niveau un diverticule qui loge la glande sous maxillaire. Ici nous nous séparons absolument des descriptions classiques.

D'abord la poulie réflexion du tendon intermédiaire du digastrique n'existe pas. La réflexion se fait à cause des insertions du ventre antérieur du digastrique sur le corps de l'os hyoïde ce qui avait été vu d'ailleurs par Morestin.

Le digastrique présente une disposition intéressante. Son ventre antérieur est en dedans du diaphragme, il le tapisse, en fait partie intégrante étant continué en dedans par la lame sur hyoïdienne médiane. Le ventre postérieur est complètement en dehors et lointain.

On ne saurait s'en étonner, les deux ventres muscu-

laires ayant certainement des origines embryonnaires différentes.

3° Segment mentonnier ou médian

Il est formé par la lame sus hyoïdienne médiane et les ventres antérieurs des digastriques.

Outre le pharynx, le diaphragme cervico facial est traversé par le glosso pharyngien, le grand hypoglosse, l'artère faciale.

On peut admettre qu'il établit anatomiquement une cloison étanche entre, d'une part, le massif facial inférieur encadrant la langue avec la glande sous maxillaire et, d'autre part, le cou avec ses vaisseaux carotidiens et jugulaires et qu'il peut ainsi jouer un rôle dans la pathologie chirurgicale des régions sous maxillaire et latéro pharyngienne.

SUR LES ZONES DECOLLABLES DE LA MUQUEUSE VESICALE. B. et M. de la Société Anatomique 1925. En collaboration avec M. Ribet,

Ayant étudié longuement la cystite gangréneuse disséquante qui est caractérisée par l'élimination de la muqueuse vésicale préalablement décollée, nous avons eu l'idée de faire quelques recherches sur les zones décollables de la muqueuse de la vessie. D'après les classiques (Paul Delbet) celle-ci glisse par l'intermédiaire de la sous muqueuse sur la musculeuse, partout sauf au niveau du trigone. Or, dans plusieurs observations de cystites gangreneuses disséquantes, dans deux nouvelles que nous publions (Personnelle et observation de Caraven) la muqueuse fut éliminée en totalité, y compris la région du trigone, si bien pouvait voir les orifices urétéraux et uréthral.

Les recherches que nous entreprîmes portèrent sur une douzaine de cadavres, tant hommes que femmes.

Elles vérifièrent chez l'homme les données classiques. Par contre, chez la femme, nous pûmes constater plusieurs fois que la zone trigonale de la muqueuse vésicale se décollait aisément sous l'influence d'une injection colorée.

Cette différence s'explique par la présence chez l'homme de la prostate qui impose à la muqueuse une adhérence aux plans profonds.

Ces constatations sont conformes aux données de la clinique puisqu'il n'y a guère que chez la femme qu'on a pu observer un décollement de la totalité de la muqueuse vésicale. Chez l'homme quelques interventions démontrèrent, avec le décollement de la muqueuse sur presque toute son étendue, une intégrité de la région du trigone.

CHAPITRE II

CHIRURGIE GÉNERALE

QUELQUES REFLEXIONS SUR LA SUTURE PRIMITIVE, LA SUTURE SECONDAIRE PRECOCE ET LA SUTURE SECONDAIRE TARDIVE DES PLAIES DE GUERRE. En collaboration avec Vigot. *Bulletin Médical,* 11 août 1917.

Ce travail n'est pas un plaidoyer en faveur de la réunion primitive systématique dans les plaies de guerre. Nous reconnaissons à cette méthode toute sa valeur propre lorsqu'elle est mise entre les mains de chirurgiens très expérimentés et d'esprit critique avisé, mais nous avons assisté à des désastres lamentables qui étaient le fruit de lectures de travaux hâtifs où un enthousiasme exagéré préconisait dans tous les cas la suppression du drainage.

Nous demandons qu'on distingue les cas et qu'on fasse dans la pratique une large place à la suture secondaire qu'elle soit précoce ou tardive.

La suture primitive convient parfaitement aux séreuses en général, depuis le péritoine et la plèvre jusque, et surtout, aux articulations. Ce fut là vraiment une acquisition nouvelle très remarquable de la chirurgie de guerre.

De même il est bon de fermer les crânes primitivement.

Lorsqu'il s'agit de délabrements musculaires notre opinion change. Si la masse musculaire atteinte est de petite importance, si la plaie date de moins de six heures, on pourra refermer.

Mais pour peu que les dégâts des muscles soient importants. Même si l'ébarbage est bien fait. Surtout s'il s'agit de la cuisse et du mollet. Surtout si la plaie date de plus de six heures, nous préconisons de laisser ouvert et de pratiquer une suture secondaire précoce au troisième et quatrième jour.

La suture secondaire tardive s'adresse aux plaies qui auront paru infectées au *troisième jour et qu'on désinfectera au Dakin.*

DES INDICATIONS DE LA TRANSFUSION CITRATEE EN CHIRURGIE DE GUERRE. En collabaration avec M. Vigot. *Presse Médicale,* 7 novembre 1918.

Ayant eu la bonne fortune de rencontrer pendant la guerre M. le Professeur Jeanbrau alors qu'il venait de mettre au point sa technique de transfusion citratée, nous avons essayé de préciser les indications de cette remarquable méthode.

Notre travail est le premier qui, après que la transfusion fut entrée dans le domaine vraiment pratique, ait été écrit sur ce sujet.

Nos blessés étaient de grands shockés arrêtés dans des postes chirurgicaux avancés. Le nombre de nos observations personnelles étaient de 19. Notre expérience était accrue des transfusions que nous vîmes faire devant nous.

Nous apportons des conclusions qui furent ultérieurement adoptées par M. Jeanbrau dans le *Journal Médical Français,* 1919, et dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1923, par Murard dans un arti-

cle du *Lyon Médical,* 1919, par R. Picquet, dans une communication à la Société de Chirurgie faite peu de temps après la publication de notre travail.

Nous admettons qu'en principe il ne faut pas faire de transfusion citratée aux infectés. Le sang étranger est un greffe. Les globules blancs nouveaux aident l'organisme dans la lutte contre l'infection. Il sont détruits et peut-être que l'effort fourni par l'organisme pour cette destruction diminue sa résistance à l'infection.

Il ne faut pas faire de transfusion aux multiblessés voués fatalement à l'infection.

Tout blessé transfusé doit être mis à l'abri de l'infection par des exedèses larges ou l'amputation.

Ces réserves faites la transfusion demeure applicable aux hémorragiques (section d'une grosse artère, arrachement d'un membre) qui étaient d'ailleurs fréquents dans nos ambulances de l'avant.

Nous réprouvons aussi la transfusion de sang au cours de blessures viscérales avec lésions intestinales et issue de matières dans le ventre.

La transfusion apparaît comme une remarquable méthode de traitement des hémorragies. Elle n'est remplaçable par rien dans les cas ou l'hémorragie est importante et où le blessé n'a cependant pas dépassé le seuil de l'opérabilité. Dans ce dernier cas, l'hémorragie a été trop importante et on ne peut espérer faire revivre.

Nous spécifions bien aussi que lorsque l'hémorragie est seulement abondante la thérapeutique ordinaire (sérum) suffit et doit être préférée.

Enfin nous discutons le moment de la transfusion. Nous préférons la faire après l'opération. Avant d'intervenir nous injectons du sérum dans les veines puis nous opérons le plus vite possible et nous faisons la transfusion.

L'HUILE CAMPHREE INTRAVEINEUSE DANS LE TRAITEMENT DE L'ETAT DE SHOCK. Avec M. Vigot. *Bulletin Médical,* 5 octobre 1918.

Cet article fait suite à la communication d'Heitz Boyer, à la Société de Chirurgie.

Nous apportons huit observations d'état de shock où nous eûmes recours à une injection intraveineuse d'huile camphrée et cela avec les meilleurs résultats.

Nous utilisâmes des ampoules fournies par Sezary, à l'Institut Pasteur.

L'état de Shock est d'étiologie très complexe chez nos blessés de guerre il tenait à plusieurs causes.

a) Froid fatigue : contre cette cause nous luttions par le réchauffement.

b) Hemorragie : nous faisions des injections de sérum et des transfusions.

c) Infection et résorbsion protéolytique (Quenu).

Notre maître, M. Quenu, a insisté avec raison sur la nécessité de supprimer ce facteur du shock par des excrèses et amputations faites le plus rapidement possible.

d) Shock nerveux. — C'était autrefois la grande cause du shock. Son rôle s'est graduellement effacé sous l'influence des travaux de M. Quenu. Cependant le rôle du système nerveux n'est pas niable, et c'est comme toni nerveux qu'agit le camphre. Il n'est malheureusement pas possible de l'introduire dans l'organisme autrement qu'en solution huileuse. Nous rappelons les expériences de Sezary, les résultats cliniques d'Heitz Boyer que nous rapprochons des nôtres pour montrer à côté de l'utilité, l'inocuïté de telles injections.

NOTE SUR LA GANGRENE GAZEUZE. En collaboration avec M. Vigot. *Bulletin Médical,* 1918.

CONTRIBUTION A L'ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA GANGRENE GAZEUZE. Thèse de M. Vigot. Paris, 1919.

Le second travail est tout entier basé sur des observations de blessés que nous avons opérés avec Vigot.

Dans le premier travail nous mettons en évidence la nécessité de l'atteinte musculaire pour qu'il y ait gangrène gazeuze vraie cliniquement. Cela explique que la gangrène gazeuze est rare à la tête, au cou et au pied. L'infection anaerobie, lorsqu'elle atteint la peau crée l'hérysipèle bronzé. L'atteinte musculaire se fait par inocculation directe, par extension de voisinage et par la voie vasculaire. Ainsi, si nous supposons un muscle inoculé dans une partie de son étendue par apport direct du germe:

L'infection gagne le long des fibres musculaires qui s'écartent et s'entourent de gaz et de sérosité.

Tout le corps du muscle est atteint. Puis les vaisseaux sont touchés à leur tour. Ils sont rapidement thrombosés, et c'est un point sur lequel nous insistons beaucoup.

Auparavant les vaisseaux apportent l'infection aux muscles qu'ils irriguent et c'est ainsi que l'infection se fait suivant des groupes musculaires qui répondent à des territoires vasculaires.

Cela est net lorsque le territoire vasculaire est bien délimité.

C'est ainsi qu'on peut observer une gangrène gazeuze des muscles de la loge antéro externe de la jambe (tibiale antérieure) indépendante des autres muscles jambiers qui sont sains.

Mais si c'est la loge postérieure qui est atteinte, la loge antérieure l'est aussi parce qu'il y a thrombose poplitée, donc thrombose de la tibiale antérieure.

La fesse (artère fessière) peut-être entièrement atteinte alors que la cuisse est intacte.

Mais dans la cuisse, les territoires vasculaires n'étant pas séparés, tous les muscles participent rapidement à l'infection, d'où la gravité très grande de la gangrène gazeuse de la cuisse qui d'ailleurs, par thrombose vasculaire, s'accompagne en plus d'infection jambière alors que la gangrène de la jambe ne s'étend que tardivement à la cuisse.

Les conséquences thérapeutiques sont les suivantes: Exerèse de tout le foyer musculaire atteint lorsque c'est possible (loge antéro externe de la jambe, fesse). Amputation ou désarticulation dans le cas contraire.

La gangrène gazeuse crurale est presque toujours mortelle.

Dans sa thèse, Vigot reprend une partie de ses idées. Il fait en plus une étude microscopique détaillée qui lui est personnelle et qui confirme les idées défendues plus haut.

DE LA PREPARATION DE LA PLAIE DANS LES GREFFES D'OLLIER THIERSCH. Presse Médicale, 14 mars 1923.

Dans cette courte note nous indiquons le procédé que nous avons adopté pour la préparation des plaies avant les greffes d'Ollier Thiersch, persuadé du reste que d'autres chirurgiens ont adopté la même pratique.

La plaie à greffer est curettée très soigneusement la veille, puis la greffe est effectuée le lendemain, sans le grattage habituel préalable.

En effet, ce grattage détermine des hémorragies qui décollent les greffons s'ils sont appliqués aussitôt.

Quelques chirurgiens, pour cette raison, ont abandonné le grattage. Pour notre part, nous n'avons eu que des échecs en procédant de cette façon parce que les bourgeons charnus, sauf exception, sont bourrés de microbes si bien que la greffe échoue par infection.

EVOLUTION PARALLELE DE CANCERS HISTOLOGIQUEMENT DIFFERENTS. L'une de la région mammaire, l'autre du cuir chevelu. Société de Médecine d'Alger, 8 juin 1924. *Presse médicale,* 26 juillet 1924, avec VERGOZ.

Il s'agit d'un fait assez curieux ou nous découvrîmes à côté d'un néoplasme mammaire d'origine glandulaire d'allure squirreuse en évolution depuis de longs mois, un gros cancer du cuir chevelu ou le microscope montra des éléments spino cellulaires. Un fait analogue avait été signalé peu de temps auparavant à la Société de Chirurgie de Lyon, par le Professeur L. BÉRARD.

HISTOIRE D'UNE FAMILLE A KYSTES HYDATIQUES. Société de Médecine d'Alger, 24 mai 1924. *Presse Médicale,* 4 juin 1924.

Nous rapportons dans cette communication l'histoire navrante d'une famille de jardiniers dont tous les membres furent atteints en quelques années par la maladie hydatique.

1° La mère, vieille femme, que nous vîmes au moment où elle présentait d'innombrables tumeurs abdominales d'echinoccocose d'origine hépatique. Kyste du poumon droit. Mort.

2° Un fils porteur d'un kyste du foie qui fut opéré par un de nos collègues. Mort d'accidents anaphylatiques.

3° Une fille atteinte d'un kyste pulmonaire guérie spontanément par vomique.

4° Un second fils que nous opérâmes à l'hôpital de Mustapha pour un gros kyste hydatique du foie. Guérison.

5° Un troisième fils que nous suivons et qui a un très gros kyste hydatique du poumon droit qu'il n'a pas encore consenti à laisser opérer.

Tel est le bilan effrayant de cette malheureuse famille de maraîchers. On peut vraiment parler de fléau lorsqu'on voit de pareils effets de la maladie hydatique

A PROPOS DU SCIALITIQUE DE VERAIN POUR L'ECLAIRAGE DU CHAMP OPERATOIRE. Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord. Novembre 1923.

On connaît le principe du scialitique de Verain. Une lampe électrique est entourée par une lentille de phare qui dirige ses rayons dans un sens horizontal. Ces rayons se réfléchissent sur de nombreux petits miroirs obliquement placés à la périphérie d'un large plateau et de là sont envoyés sur le champ opératoire. La multiplicité des rayons, leur obliquité, fait qu'à aucun moment de l'acte opératoire il n'y a d'ombre portée. Nous faisons un chaud plaidoyer pour l'utilisation de cette lampe dont l'emploi tient de plus en plus à se généraliser actuellement.

CHAPITRE III

CHIRURGIE DE LA TÊTE, DU COU ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

TUMEUR DU MAXILLAIRE SUPERIEUR. Société Anatomique, 7 novembre 1913.

Il s'agit d'une tumeur du maxillaire supérieur dont nous présentons la pièce et qui a été opérée à Cochin par notre maître M. A. Schwartz.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PLAIES DU CRANE EN CHIRURGIE DE GUERRE, Thèse d'Eschenbrenner. Bordeaux, 1916.

Dans ce travail sont rapportées dix-sept observations personnelles de plaies pénétrantes du crâne. Les idées suivantes y sont défendues :

1° Opérer les blessés du crâne rapidement mais à une certaine distance du front (H. O. E.) car ils peuvent supporter le transport et il faut les garder longtemps après l'opération.

2° Employer le plus possible l'anesthésie locale.

3° Préférer le lambeau à l'incision cruciale.

4° Ne pas créer par trépanation des orifices nouveaux. Agrandir les orifices existants à la pince gouge.

5° Débarrasser le cerveau des tissus contus, des caillots, des cheveux, esquilles et projectilles.

6° Suturer le lambeau sur la plaie cérébrale, supprimer le drainage ou le réduire à son strict minimum.

TRAITEMENT DES BLESSURES DES GROS VAISSEAUX DU COU ET DE LEURS BRANCHES. En collaboration avec M. Vigot. *Presse Médicale,* 31 janvier 1918. 1 fig.

TRAITEMENT DES PLAIES DES GROS VAISSEAUX DU COU, DE L'AISSELLE ET DU MEDIASTIN SUS CARDIAQUE. Journal de Chirurgie, février 1920, p. 150 à 170, 20 fig.

Le second article est le développement du premier. Nous étendons notre étude à l'aisselle et au médiastin et nous précisons des détails de technique pour le cou. Ces articles ont été écrits avec, à l'appui, des documents personnels recueillis pendant la guerre.

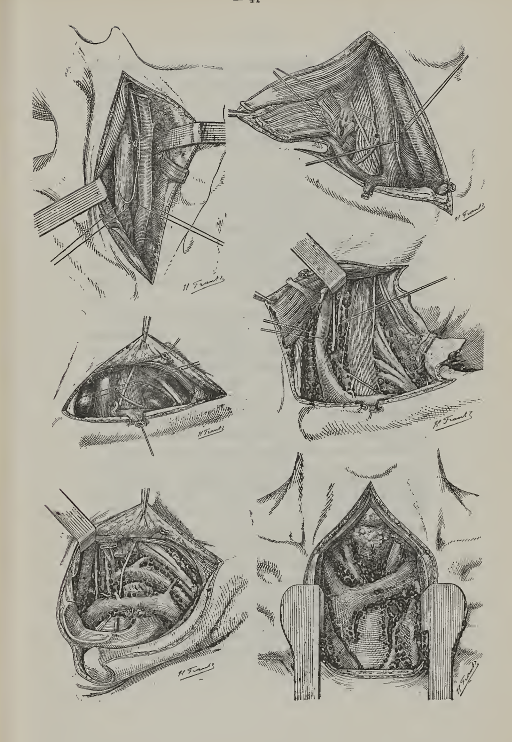
Notre travail s'ajoute, en France, à ceux de Fiolle et Delmas, de Sencert et Maurer.

La pratique de la guerre nous a appris que les incisions pour ligatures, dites classiques, étaient notoirement insuffisantes lorsqu'il s'agissait de découvrir et de traiter des plaies de gros troncs vasculaires.

On a voulu, partant de cette idée nouvelle, établir un code de découverte des gros vaisseaux. Nous nous élevons contre cette conception. Lorsqu'un gros tronc vasculaire se trouve lésé il est la plus part du temps impossible de prévoir le niveau de la blessure, s'il s'agit d'une artère ou d'une veine ou même d'une branche secondaire.

Nous trouvons déplacé dans cette incertitude de préconiser la découverte large d'emblée des vaisseaux, quitte à réaliser des délabrements pour le moins inutiles.

Nous nous efforçons de décrire des techniques où le chirurgien avance pas à pas et ne se décide à prolonger ses incisions que dans le cas où la chose paraît utile.



Nous exposons d'abord quelques principes généraux sans lesquels il est impossible de traiter une plaie vasculaire.

a) Il ne faut jamais aborder de front une plaie vasculaire qui saigne. On doit se contenter de l'aveugler avec un tampon.

b) Les gros vaisseaux étant dégagés au-dessus et au-dessous du tampon il faut par un fil d'attente couder en amont le vaisseau qu'on soupçonne blessé. Si c'est une veine (sang noir) la coudure se fera vers le côté périphérique. Si c'est une artère (sang rouge) la coudure se fera du côté central.

Puis le tampon sera enlevé et la ligature faite aisément.

Tout à fait en dedans, dans le couloir cervico médiastinal, nous réprouvons la résection systématique de l'extrémité interne de la clavicule préconisée par Sencert et d'autres et nous recommandons la désarticulation temporaire de cet os qui donne un jour merveilleux sur le segment intrascalénique des vaisseaux sous claviers.

c) Etage supérieur. Avec Fiolle nous préconisons de prolonger en haut notre incision; de la recourber en arrière et de faire sauter la mastoïde. On découvre ainsi au maximum les gros vaisseaux jusqu'à leur entrée dans le crâne.

2° Plaies de l'aisselle

Deux circonstances :

a) On commence par inciser parallèlement à la clavicule. Pour se donner du jour on abat l'incision en dedans ou en dehors le long de l'espace interdeltopectoral.

Si le danger est plus haut il faut sectionner la clavicule.

b) On commence une incision basse sous le grand pectoral. Pour se donner du jour prolonger l'incision en dedans par une courbe à concavité supérieure qui en sectionnant les insertions du grand et petit pectoral permet de rabattre les muscles en haut et de découvrir le paquet vasculo nerveux.

3° Plaies du médiastin sus cardiaque

Nous décrivons l'intervention suivante qui est l'opération de Sauerbruch modifiée. Incision médiane crico sternale. Dégagement au doigt de la face postérieure du sternum. Incision médiane de cet os jusqu'au deuxière espace intercostal. Là incision transversale de l'os.

Les bords du sternum sont alors écartés à l'aide de l'écarteur à crémaillère de Tuffier.

C'est, pour le médiastin, le procédé de découverte cardiaque de Pierre Duval et Barnsby. Il donne un jour considérable.

ELECTRO-AIMANT POUR EXTRACTION DE PROJECTILES INTERCEREBRAUX. En collaboration avec Gosselin. *Journal de Radiologie,* n° 4, 1919.

On connaît le principe des électro-aimants employés dans la chirurgie cérébrale. Une bobine très lourde. Au pôle aimanté on met une tige de fer stérilisée qui par contact présente, pendant le passage du courant, des propriétés magnétiques. Mais la force magnétique diminue avec la longueur de la tige et si celle-ci est longue elle est insignifiante à son extrémité.

Le principe de notre appareil est tout différent. Une tige mince de fer doux est enroulée de fil fin pour former une bobine dont le diamètre n'a que 3 mm. Cette bobine est enveloppée d'une gaîne de cuivre qu'on stérilise et à l'extrémité de laquelle se

trouve une plaque de fer doux. Le tout à 4 mm. de diamètre.

De cette façon la bobine peut être introduite dans le cerveau. Comme par son pôle aimanté elle touche le corps à extraire aucune force n'est perdue. Le fil d'enroulement étant fin ne peut supporter un courant important et il suffit d'utiliser des piles sèches pour avoir une force de traction égale à celle du gros électro-aimant.

EPITHELIOMA BRANCHIAL. Société Anatomique, 16 avril 1920.

Ce branchiome que nous avons étudié avec soin avait envahi, comme c'est la règle, la veine jugulaire et la face profonde du sternocleido mastoïdien.
L'extirpation se fit aisément. Nous enlevâmes la partie attenante du muscle et le segment correspondant de la veine que nous trouvons thrombosée.

Notre blessé qui avait bien supporté l'intervention mourut brusquement le lendemain. N'ayant pu faire l'autopsie nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'embolie partie de la jugulaire. Comme cette terminaison est assez fréquente dans les interventions pour branchiome nous pensons qu'il faut souvent incriminer l'embolie et nous recommandons de lier la veine jugulaire le plus bas possible contre la sous clavière.

TUMEUR DE LA GLANDE SOUS MAXILLAIRE. Société Anatomique, 16 avril 1920.

Il s'agit d'une tumeur mixte de la glande sous maxillaire et on sait que ces tumeurs ne sont pas fréquentes.

La partie tumorale de la pièce est distincte nettement de la glande. Elle est plus volumineuse et reliée à la sous maxillaire par un pédicule.

Histologiquement on trouve des ilots cartilagineux et aussi des amas de cellules de sarcomes globo cellulaires, puis des tissus fibreux.

TUMEUR DU PLANCHER DE LA BOUCHE. Société anatomique 1921. Avec Duboucher.

Il s'agit d'une énorme tumeur bénigne insérée à droite de la langue sur le plancher de la bouche et remplissant la totalité de la cavité buccale et une partie du pharynx. Cette tumeur est très mobile. Par son développement exagéré elle a déformé les parois de la cavité buccale et les dents sont déjetées en dehors, regardant la joue par leurs surfaces triturales.

On a beaucoup de peine à sortir la masse de la bouche.

On est obligé pour l'enlever de la morceller. L'examen histologique fait par M. le Professeur Argaud montre qu'il s'agit d'un granulome. Cette observation est évidemment une curiosité et il a fallu l'insouciance de l'indigène qui était porteur de cette tumeur pour qu'il nous soit permis d'observer un tel développement.

TRAUMATISME CRANIEN, COMMOTION HYPERTROPHIQUE DE DURET AU 10e JOUR, LARGE TREPANATION, GUERISON. Société de Chirurgie de Paris, 29 juin 1921. Rapport de M. Lecene.

Voici notre observation:

Un individu présente tous les signes d'une fracture du crâne sans phénomènes de compression. Nous faisons des ponctions lombaires qui ramènent du liquide céphalo rachidien sanglant. Au bout de huit jours quelques gouttes seulement de liquide viennent à la ponction puis brusquement coma, hémiplegie.

Nous intervenons aussitôt. Large volet. Trépanation

de 6 cm. × 8. La dure mère bombe. Nous l'incisons. Le cerveau fait immédiatement une hernie extraordinaire en dehors. La dure mère est rabattue et fixée au péricrâne. Fermeture du lambeau sans drainage.

Notre rapporteur n'est pas partisan, à juste titre pensons-nous des termes de commotion hypertrophique que nous devons à Duret. Il pense que cet œdème a été déterminé par le mécanisme du blocage du trou occipital par le cervelet interdisant toute communication entre les cavités encéphaliques et les espaces arachnoïdiens rachidiens. C'est le mécanisme que nous avions nous-mêmes invoqué après avoir lu le livre de Duret qui mentionne les travaux de Léonard Hill sur ce sujet.

M. Lecene se demande si ce ne sont pas les ponctions lombaires quotidiennes qui ont déterminé ce blocage d'autant que les dernières donnaient peu de liquide. Dans la discussion qui suivit, M. Savariaud vint dire au contraire que pour lui la soustraction de liquide avait été insuffisante. Pour nous nous admettons comme plus vraie la suggestion de M. Lecene.

Cette observation à donc des conséquences pratiques importantes. Elle nous apprend que si les ponctions lombaires sont une méthode excellente il faut savoir les espacer et n'en faire que dans le cas où il y a des signes d'hypertension intracrânienne.

A PROPOS D'UN CAS DE LUXATION ANTERO-LATERALE DE LA COLONNE VERTEBRALE (2e et 3e lombaire) REDUIT PAR LA METHODE SANGLANTE. En collaboration avec Duboucher. *Revue d'Orthopédie,* janvier 1922, p. 28 à 35.

Les luxations de la colonne vertébrale ne sont pas fréquentes. Celles du segment lombaire du rachis sont tout à fait exceptionnelles c'est pourquoi nous publions

notre observation. Il s'agit d'un homme de 45 ans qui entre dans le service de notre maître M. Vincent avec les signes d'un gros traumatisme vertébral ayant déterminé une paraplégie. La région lombaire est le siège d'une déformation. La radio nous montre qu'il s'agit d'une luxation antéro-latérale droite de la deuxième lombaire sur la troisième.

Après les tentatives infructueuses de réduction non sanglante nous nous décidons à intervenir et réduisons très aisément la luxation. La paraplégie demeure néanmoins. Elle paraît regresser pendant un certain temps. Puis les escharres surviennent et l'infection urinaire. Notre malade finit par succomber au bout de plusieurs mois.

Etant donné la rareté du fait nous l'étudions par le détail.

Les radiographies montraient un chevauchement par la fourche des apophyses articulaires inférieures de la deuxième lombaire du pédicule vertébral droit de la troisième lombaire.

En plus de ce déplacement nous notons un léger tassement du corps de la troisième lombaire et une fracture des apophyses transverses gauches des deuxième et troisième lombaires.

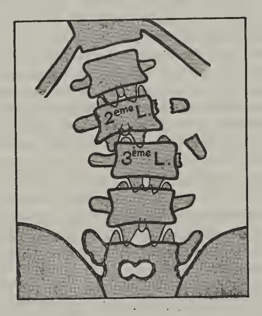
L'intervention nous a mis sous les yeux le chevauchement pédiculaire et il nous fallut désarçonner pour ainsi dire la deuxième lombaire.

Par quel mécanisme cette luxation se produit-elle?

Les dispositions des apophyses articulaires ne sont pas favorables à un déplacement. La vertèbre inférieure a des apophyses disposées en angle à sinus postérieur.

Dans cet angle viennent s'engager les apophyses de la vertèbre supérieure. Elles sont rapprochées for-

mant un coin. De plus, réunies en haut, elles sont écartées en bas et sont disposées en fourches.
Nos expériences nous ont montré que pour écarter un pareil dispositif articulaire, il faut un arrachement des

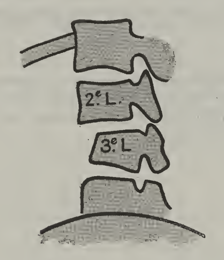


ligaments jaunes et une dislocation du disque intervertébral correspondant. Nous admettons que les mouvements de torsion doivent jouer un grand rôle. Une fois la fourche déboitée un simple mouvement de latéralité suffit à incliner la masse supérieure à droite ou à gauche et la fourche vient chevaucher sur des pédicules de la vertèbre sous jacente.

Dans notre observation il y avait en plus fracture des apophyses transverses des deuxième et troisième lombaires du côté opposé au pédicule chevauché. Nos expériences nous on montré qu'au moment de chevaucher un pédicule la vertèbre supérieure s'incline de telle sorte que les apophyses transverses s'écartent

énormément du côté opposé à la luxation d'où arrachement et fracture.

Les tentatives demeurées infructueuses de réduction non sanglante et le succès très aisé de notre intervention nous font préconiser dans les cas de ce genre la



thérapeutique opératoire d'emblée. La voie sanglante peut avoir encore l'avantage de permettre d'intervenir sur les nerfs de la queue de cheval.

A PROPOS D'UNE INTERVENTION POUR COMPRESSION DES NERFS DE LA QUEUE DE CHEVAL. Archives franco-belges de Chirurgie, 1925. Avec Azoulay (pour paraître).

Chez notre malade le diagnostic de localisation fut établi par la clinique et l'exploration lipiodolée. L'intervention confirma la précision de ce diagnostic. Elle permit de constater qu'il s'agissait d'adhérences par méningite localisée. Malheureusement il n'était pas possible de libérer les racines soudées entre elles.

A PROPOS D'UN CAS DE LITHIASE SALIVAIRE AVEC RADIOGRAPHIE. Avec M. Marchioni. *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord* 1925 (pour paraître).

Les observations de lithiase salivaire avec radiographie ne sont pas fréquentes. Celle que nous apportons est très suggestive. Dans notre travail nous réunissons une douzaine d'observations analogues. Nous avons pu, chez notre malade, établir le diagnostic assez aisément parce que des antécédents familiaux nous guidèrent. La sœur de notre malade avait présenté quelques années auparavant des accidents de lithiase salivaire.

CHAPITRE IV

CHIRURGIE DU THORAX

SUR UN CAS DE PLEURESIE PUTRIDE TRAITE AVEC SUCCES PAR UN COURANT CONTINU D'OXYGENE. Bulletin Médical, 14 févirer 1914.

Après les travaux de Thiriar, l'emploi de l'oxygène avait été vanté partout ou sévissait une suppuration par anacrobies. C'est surtout au cours de péritonites que la méthode avait été étudiée.

Sur l'inspiration de notre maître M. Quenu nous utisâmes l'irrigation continu d'oxygène dans un cas de pleurésie putride que nous avions opéré. Pour disposer ce courant continu nous eûmes recours à l'artifice suivant. Le drain étant en bonne place un trocart fut planté bien au-dessus et le mandrin muni d'un tube de caoutchouc en relation avec un obus d'oxygène dont le débit fut réglé par un détendeur.

Le résultat obtenu fut remarquable et la guérison se fit rapidement.

Nous apportons à côté de notre observation quelques faits non personnels favorables à la méthode.

INTERVENTIONS IMMEDIATES DANS LES PLAIES DU CŒUR DE GUERRE : DEUX OBSERVATIONS, DEUX GUERISONS. En collaboration avec Vigot. Société de Chirurgie de Paris, 21 novembre 1917. Rapport de M. Rochard.

OPERATIONS IMMEDIATES POUR PLAIES DU COEUR PAR PROJECTILES DE GUERRE. En collaboration avec Vigot. *Revue de Chirurgie,* septembre-octobre 1917, p. 383 à 398.

Dans notre communication à la Société de Chirurgie qu'a bien voulu rapporter notre maître M. Rochard nous publions deux observations qui constituent les deux premiers cas de plaies du cœur par projectiles de guerre opérés et guéris. Le cas d'Erbaud s'était terminé par la mort. Il fut publié en 1916. Tous les autres faits de chirurgie cardiaque de guerre concernent des extractions de projectiles faites longtemps après la blessure.

Dans le premier cas il s'agissait d'une plaie tangentielle ventriculaire révélée par la radioscopie qui nous montra pour la première fois une immobilité absolue de l'ombre cardio péricardique.
L'intervention faite après résection des cartilages des troisième, quatrième et cinquième côtes et section transversale du sternum permit de vider l'hémopéricarde et de suturer sans peine la plaie qui saignait. Guérison.

Dans le second cas il s'agissait d'une plaie de l'oreillette gauche diagnostiquée aussi à la radioscopie. Nous taillons un volet à pédicule externe gauche comprenant dans son épaisseur toute la largeur du sternum et les troisième, quatrième et cinquième cartilages.

La suture se fit à l'aiguille montée. L'état général étant très mauvais, à la fin de l'opération on transfusa 700 cc. de sang citraté. Guérison.

Dans le second travail paru dans la *Revue de Chirurgie* nous ajoutons à ces deux faits deux autres observations qui sont intéressantes par les constatations nécropsiques.

Dans le premier cas il s'agissait d'un blessé arrivé avec une plaie au ventre et une plaie au cœur. Le diagnostic de plaie du cœur fut fait par la radioscopie, mais l'état général n'autorisait pas une intervention.

L'autopsie vérifia le diagnostic de plaie du cœur. Le péricarde était rempli de sang. Le projectile entré dans le sillon inter auriculaire était logé dans la pointe du cœur.

Pour le second blessé la mort était la conséquence de blessures multiples dont une plaie du poumon avec pneumonie.

Les hasards de l'autopsie nous montrèrent un épanchement péricardique insignifiant et non loin de la pointe cardiaque une cicatrice encore fraîche (plaie de quatre jours) le stylet nous conduisit sur le projectile qui avait traversé la pointe du cœur, la cloison interventriculaire pour se loger sur la paroi ventriculaire opposée.

Nous analysons ces quatre observations puis nous attirons l'attention sur la grande variabilité des signes qui paraisent être fonction de l'importance de l'hémo péricarde et du siège de la plaie.

La radioscopie joue un rôle capital dans le diagnostic des plaies du cœur en montrant l'immobilité de l'ombre cardio péricardique, signe sur lequel nous reviendrons dans nos autres publications.

Lorsque la radioscopie ne montre pas d'hémo péricarde c'est qu'il s'agit d'une plaie cardiaque occulte ou bien que le sang s'est vidé dans la plèvre.

Pour aborder le cœur nous insistons sur la nécessité de s'attaquer au sternum. Nous passons en revue les divers procédés proposés et nous estimons qu'il faut choisir un volet à charnière externe gauche et ou bien comprendre le sternum dans le volet comme dans notre observation, ou bien abattre le volet au

dehors, réséquer définitivement le bord gauche du sternum et sectionner l'os par le milieu. Ne pas vouloir s'attaquer au sternum c'est risquer de n'avoir qu'un jour insuffisant. Nous vantons enfin les avantages de la transfusion citratée pour réparer la perte de sang dans les plaies du cœur. (Observ. II).

DE LA CHIRURGIE DES PLAIES RECENTES DU COEUR PAR PROJECTILES ET INSTRUMENTS TRANCHANTS. Thèse de Paris 1919. Travail couronné par la Société de Chirurgie. Prix GUINARD. 128 pages, 21 figures schémas, 5 planches.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PLAIES DU COEUR. Journal de Chirurgie, mars 1920, p. 381 à 398.

Nous avons consacré notre thèse inaugurale à la chirurgie des plaies du cœur, question qui avait été étudiée par nous dans des précédents travaux. Plus tard nous écrivîmes dans le *Journal de Chirurgie* un article qui est un résumé de notre thèse.

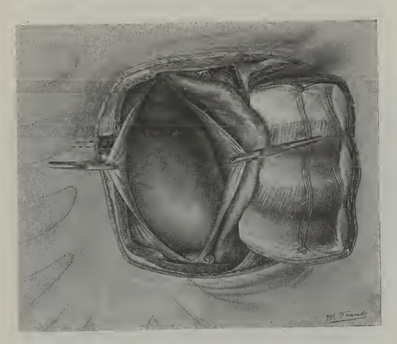
Dans notre travail nous ajoutons aux deux observations présentées par notre maître M. ROCHARD, à la Société de Chirurgie, trois faits personnels nouveaux dont une plaie par coup de couteau et deux plaies de guerre. En tout cinq observations qui nous donnèrent quatre guérisons.

Nous faisons état des constatations nécropsiques des deux faits personnels rapportés dans notre travail de la *Revue de Chirurgie.*

A côté de cette contribution personnelle nous donnons le résumé de 282 observations trouvées dans la littérature. C'est à l'aide de ce matériel considérable de 287 observations, toutes lues par nous de première main, que nous avons écrit notre mémoire, éliminant

systématiquement toute observation insuffisante ou dont ne pûmes nous procurer le texte original.

Dans l'historique assez bref, nous rappelons que c'est Farina qui, en 1896, sutura le premier une plaie cardiaque qui saignait. En 1897, Rehn obtenait le premier succès.



Bouglé, en 1901, sutura pour la première fois une plaie par balle de revolver.

Enfin nous signalons les travaux de Loison, 1899; de Guibal, 1901; de Terrier, 1907; de Hesse, Salomoni, etc., etc..

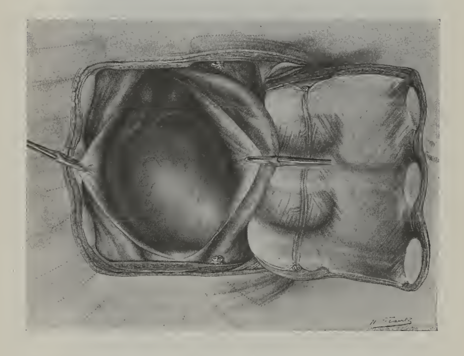
Nous n'envisageons dans notre thèse que les plaies par coup de couteau et projectiles, éliminant les plaies par aiguille dont la physionomie est trop particulière.

D'après notre statistique, sur 287 cas, nous trou-

vons 213 plaies par instrument tranchant, 75/100, et 74 plaies par projectiles, 25/100.

Les plaies des oreillettes sont toujours pénétrantes.

Les plaies ventriculaires peuvent être tangentielles non pénétrantes. Elles peuvent être assez profondes pour effleurer l'endocarde et devenir pénétrantes secondairement par rupture de la mince cloison endocardique. Les plaies pénétrantes sont à un ou deux orifices, elles peuvent atteindre un muscle papillaire, une valvule, la cloison interventriculaire.



Le péricarde est plus ou moins largement déchiré. La plaie peut être extrapleurale ou bien s'ouvrir largement dans la plèvre permettant au sang de s'épancher dans la cavité pleurale.

Les plaies complexes échappent à toute description.

Il peut y avoir éclatement du cœur. Ces plaies sont mortelles.

Lorsqu'une plaie du cœur guérit, il se forme une cicatrice fibreuse qui peut être renforcée par une adhérence péricardique.

Cette cicatrice est ordinairement solide comme l'ont montré les expériences de Martinotti, les constatations d'Elsberg, d'Heuilly, de nous-même.

Le cœur tolère admirablement les corps étrangers qui s'enkystent aisément. On en a trouvé partout: ventricule, oreillette, auricule, cavités cardiaques. Leur présence détermine néanmoins une gêne fonctionnelle légère (palpitations, etc) gêne qui d'ailleurs peut être aussi fonction des adhérences péricardiques.

De ces considérations il résulte que si le temps presse il ne faudra pas s'acharner à enlever le corps étranger et que cependant si la chose est possible sans danger, il est mieux de l'enlever.

Les corps étrangers tombés dans les cavités cardiaques peuvent jouer le rôle d'embolie et être envoyés dans des vaisseaux lointains, artère pulmonaire, veine iliaque, artère axillaire, artère iliaque, etc.

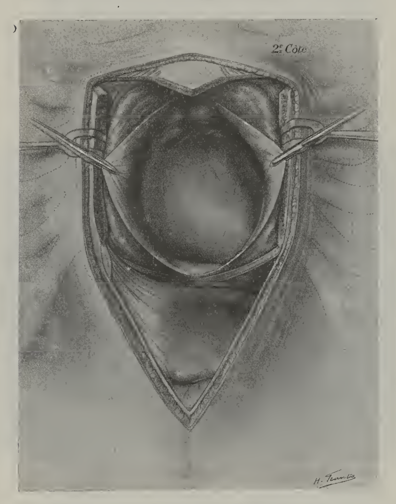
En même temps que le cœur, on peut voir le poumon ou l'abdomen profondément blessés ce qui, évidemment, assombrit le pronostic.

La physiologie pathologique des plaies du cœur nous a particulièrement intéressé.

Lorsque le cœur est blessé, le sang s'échappe pendant les systoles si la plaie est pénétrante, d'une façon continue si elle est tangentielle ou si elle siège sur les oreillettes.

Le sang sorti des cavités cardiaques tombe dans le péricarde et comme l'individu blessé se couche, il s'accumule en arrière en formant un caillot. Cet hémo péricarde va gêner le fonctionnement du cœur. Avec

les Allemands (Rose) on admettait qu'il comprime le cœur. En fait le cœur n'est pas comprimé. Le péri-



carde inextensible par distension brusque se remplit progressivement. Le sang profite pour s'épancher du moment de la systole où le volume du cœur est moindre. Bientôt l'épanchement est tel que les cavités car-

diaques ne peuvent plus être distendues par l'afflux sanguin, l'organe se trouve bloqué et non comprimé.

Le sang peut se déverser d'abord dans le péricarde puis de là dans la plèvre par une brèche plus ou moins importante. Le mécanisme du blocage ne joue plus. Par contre un hémo thorax énorme peut se constituer d'où anémie.

Le cœur n'est plus bloqué, mais il se vide.

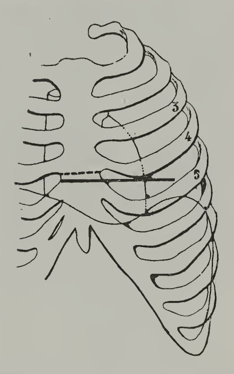
Du reste la lecture de nos observations nous a montré qu'il n'y avait que très rarement coexistence d'un gros hémo thorax et d'un gros hémo péricarde et nous avons pu écrire qu'à gros hémo péricarde *petit hémo thorax et réciproquement.*

Certaines plaies du cœur ne saignent pas, nous les appelons par analogie avec les plaies artérielles, des plaies sèches. Nous les signalons pour la première fois et en citons plusieurs exemples. Dans un travail postérieur nous pourrons, avec Mocquot, montrer que ces plaies sèches peuvent saigner secondairement et donner naissance à un hémo péricarde tardif.

Nous consacrons un chapitre aux plaies des coronaires. Nous constatons que sur 23 plaies des coronaires que comporte notre statistique on compte 13 guérisons. La réputation de gravité de ces plaies n'est donc pas justifiée. De fait en nous basant sur les expériences anciennes et récentes, nous pouvons admettre que la gravité des plaies coronaires dépend surtout du niveau de la blessure. Les plaies du tronc sont graves, celles des branches beaucoup moins, ce qui explique notre statistique. Déjà nous signalons avant notre travail en collaboration avec Mocquot, un cas de plaie sèche de la coronaire avec hémorragie secondaire au neuvième jour (Fischer).

Le diagnostic des plaies du cœur est souvent facile. Il est parfois d'une difficulté extrême. En chirurgie

de guerre la difficulté était grande parce que les blessés atteints de plaies cardiaques avaient une plaie de poitrine à petit orifice invitant à l'expectation. Ce n'est que lorsque nous découvrîmes les signes radioscopiques de l'hémo péricarde que nous diagnostiquâmes les plaies du cœur. Il est vraisemblable que pendant la guerre un grand nombre de plaies du cœur passèrent inaperçues et déterminèrent la mort. Nous en

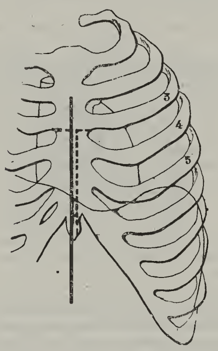


voulons pour preuve le nombre important de projectiles cardiaques extraits pendant la guerre et le nombre restreint de plaies récentes suturées.

Les signes des plaies du cœur sont très variables. La plaie cutanée siège en général dans la zone cardiaque, mais elle peut se trouver à distance et d'autre

part telle plaie de la zone cardiaque peut se diriger en dehors du cœur.

L'hémorragie externe est rarement abondante. La paleur mortelle du visage est un signe très important, mais non caractéristique. La cyanose à plus de valeur, elle traduit la stase pulmonaire par fonctionnement défectueux du cœur bloqué.

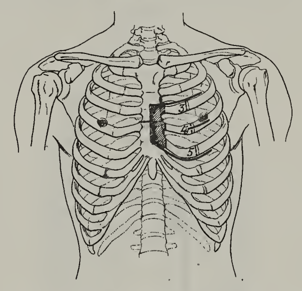


Le pouls est petit, rapide, souvent inexistant. La perte de connaissance est assez souvent notée. Elle résulte de l'anémie cérébrale. L'angoisse et l'agitation sont fréquentes. Elles résultent de la gêne mécanique apportée au cœur par l'hémo péricarde.

La dyspnée est aussi observée, ce qui n'a rien d'extraordinaire étant donné que la plèvre est souvent ouverte et le poumon blessé.

La disparition du choc cardiaque perçu à la main a moins de valeur qu'on ne le dit parce qu'elle s'observe aussi dans les plaies de poitrine gauche avec pneumo thorax.

De même la disparition des bruits du cœur à l'auscultation. C'est un signe trompeur que nous avons souvent observé dans les plaies de poitrine.



Le bruit de rouet n'a pas la valeur qu'on lui attribue. Il est exceptionnel, il traduit un pneumo thorax et du sang épanché contre le cœur sur le ligament triangulaire. L'augmentation de l'aire de matité cardiaque a une très grande valeur diagnostique, mais il est exceptionnellement observé.

La ponction du péricarde proposée par quelques chirurgiens comme moyen de diagnostic doit être abandonnée.

Nous étudions longuement l'exploration radiologique du cœur qui à notre avis est très importante.

En plus du signe de l'immobilité de l'ombre cardio-péricardique (voir plus haut) les rayons permettent parfois de révéler un projectile situé contre ou dans le cœur et peuvent nous renseigner sur l'existence d'un hémo thorax.

Toute plaie du cœur diagnostiquée doit être opérée aussitôt. Il ne faut pas se laisser impressionner par les cas authentiques de guérison spontanée qui sont l'exception. L'anesthésie à l'éther nous paraît la plus recommandable.

Nous divisons les procédés de découverte du cœur en deux grandes catégories suivant que :

1° La découverte est large d'emblée ou que

2° La découverte est progressive.

La découverte large d'emblée est indiquée dans le cas où le diagnostic est fait avec certitude. Les procédés qui ont été préconisés sont très nombreux et nous donnons au point de vue historique 21 schémas pour les indiquer.

Nous éliminons les procédés à lambeau pédiculé en dedans cher aux Allemands pour ne retenir que les lambeaux à pédicules externes. Afin d'éviter de trop déchirer la plèvre nous insistons sur la nécessité de sectionner le lambeau à sa base et de ne pas le briser. Enfin nous pensons qu'il n'est guère possible de bien découvrir le cœur sans s'attaquer au sternum. Finalement nous préconisons un lambeau comprenant les troisième, quatrième et cinquième cartilages avec résection définitive du bord gauche du sternum et sa section transversale.

Nous faisons une place à part au procédé de Pierre Duval et Barnsby qui consiste à couper le sternum sur la ligne médiane puis transversalement en face des 2[e] espaces et à écarter comme pour une laparotomie.

Ce procédé s'est depuis montré excellent entre les mains de plusieurs chirurgiens.

Lorsque le diagnostic ne s'impose pas nous préconisons ce que nous appelons la découverte progressive exploratrice du cœur. Une côte est réséquée ou mieux un cartilage. Le péricarde est découvert. S'il est rempli de sang on dessine un large volet, dans le cas contraire on referme.

Le cœur découvert, il faut fermer la plaie. D'abord on évacue l'hémo péricarde puis le cœur est empaumé à l'aide de la main gauche. Avec tous les chirurgiens nous insistons sur l'utilité de cette manœuvre. Encore est-il qu'il ne faut pas trop tirer sur le cœur (Morestin).

La plaie sera aveuglée avec un doigt et non avec des instruments. Puis la suture se fera avec une aiguille courbe montée. Avec elle on harponnera le cœur sans s'inquiéter des mouvements systoliques ou diastoliques, car en général l'organe est affolé. A cause de ces mouvements même l'emploi de l'aiguille de Reverdin est dangereux.

Les points ne doivent pas être perforants. Cependant, au niveau des oreillettes il est impossible qu'ils ne le soient pas. Il est préférable de les faire séparés.

Enfin, dernière recommandation, il ne faut jamais oublier de vérifier s'il n'y a pas deux plaies du cœur. La chose est fréquente dans les plaies par arme à feu.

Les corps étrangers devront être enlevés, mais à condition d'être facilement accessibles et si l'état général du blessé le permet.

Enfin toutes ces manœuvres opératoires effectuées on ferme le péricarde et la plèvre sans drianer. C'est la meilleure manière de mettre ces séreuses à l'abri de l'infection.

Plus de la moitié des blessés du cœur meurent d'hémorragie, c'est pourquoi il convient de remédier à la

perte de sang qui résulte presque toujours de ces blessures.

Si la perte de sang est peu importante, les injections de sérum suffisent. Il arrive parfois qu'au cours des manœuvres opératoires le cœur cesse de battre. Pour le ranimer, il n'est rien de mieux que de le masser (Tuffier), mais il faut y mettre de la douceur, faire porter son effort sur les ventricules et éviter de comprimer les coronaires.

Après avoir étudié les tentatives d'injections intracardiaques qui furent faites, nous concluons qu'en l'état actuel des choses, elles ne sont pas supérieures aux injections intraveineuses de sang ou de sérum.

Nous terminons par une étude statistique qui fixe en même temps le pronostic actuel des plaies du cœur opérées.

Sur 287 cas nous comptons 146 morts, soit 50 % de mortalité.

Sur 221 plaies ventriculaires, nous trouvons 118 décès, soit 53 %.

Sur 36 plaies auriculaires nous trouvons 14 décès, soit 38 %.

Sur 221 plaies ventriculaires nous trouvons :

119 plaies du V.G. avec 65 décès, soit 55 %.

112 plaies du V.D. avec 53 décès, soit 52 %.

Sur 213 plaies par coup de couteau, nous trouvons 111 morts, soit 52 %.

Sur 74 plaies par projectiles nous trouvons 53 morts, soit 47 %.

13 fois une plaie concomittante du ventre était mentionnée, nous comptons 10 morts, 27 fois nous notons une grosse plaie du poumon avec 19 décès.

Dans 128 de nos observations l'hémo péricarde domine la scène, nous notons 40 décès, soit 38 %.

Dans 48 cas, l'hémo thorax est plus important, 27 décès, soit 57 %.

DU SIPHONAGE ET DE LA STERILISATION DE LA PLEVRE. En collaboration avec Vigot. *Paris Médical,* 26 janvier 1918.

Les nombreuses infections pleurales observées pendant la guerre ont fait chercher en chirurgie les moyens de stériliser la cavité pleurale.

Depage et Tuffier réalisèrent l'irrigation pleurale par le Dakin. Cette irrigation n'est possible qu'à la condition d'établir un siphonage dont, dans notre article, nous donnons la technique.

La difficulté est de faire arriver le Dakin dans la plèvre. Pour y parvenir nous proposons l'artifice suivant:

Le drain siphon étant mis en place nous plantons un gros trocart à hydrocèle dans un espace intercostal, sus jacent au drain. Puis nous faisons passer par le mandrin une sonde de Nélaton.

Le mandrin est alors enlevé. La sonde demeure et permet de verser le Dakin dans la plèvre lorsqu'on le juge nécessaire.

Le malade n'est pas dérangé et le liquide s'écoule sans peine par le siphon après avoir lavé la cavité pleurale.

L'IMMOBILITE DE L'OMBRE CARDIO PERICARDIQUE CONSIDEREE COMME SIGNE PATHOGNOMONIQUE DES PLAIES DU COEUR. En collaboration avec Gosselin. *Journal de Radiologie,* 1918, n° I.

Dans ce court article nous revenons sur la nécessité de l'examen radioscopique pour découvrir l'hémo péricarde. Déjà, avec Vigot, nous y avions insisté. Nous y reviendrons dans notre thèse. Certes depuis long-

temps on savait que dans les épanchements péricardiques l'ombre cardio péricardique était élargie et même déformée. Ces épanchements qui se sont installés progressivement reçoivent néanmoins les impulsions des mouvements cardiaques et leurs bords ondulent.

Dans l'hémo péricarde traumatique, l'épanchement remplit brutalement le sac péricardique qui ne peut être distendu. Il bloque le cœur et à la radioscopie cœur et péricarde se présentent sous la forme d'une ombre à peine élargie et absolument immobile. Ce signe que nous avons été les premiers à signaler avec Vigot a une importance capitale. C'est à lui que nous devons d'avoir observé pendant la guerre plusieurs plaies du cœur qui autrement seraient passées inaperçues.

Naturellement nous faisons remarquer que toutes les plaies du cœur ne donnent pas forcément une immobilité de l'ombre cardiopéricardique, signe qui indique l'hémo péricarde, et l'hémo péricarde peut être absent dans les plaies du cœur. D'autre part il est souvent difficile de distinguer le bord gauche du cœur lorsqu'il existe aussi un épanchement pleural du même côté ce qui est fréquent.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE TRAUMITIQUE ETRANGLEE. Société de Chirurgie, 8 décembre 1920. Rapport de M. Lecene.

Il s'agit d'un homme de 32 ans évacué d'un service de médecine dans le service de M. A. Schwartz à Necker avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. Effectivement il existe tous les signes de l'occlusion. Le début remonte à neuf jours et nous pensons à un volvulus sigmoïdien, le malade ne nous

ayant pas signalé une blessure par balle à l'hypochondre gauche.

Laparotomie médiane. Grèle et cæcums énormes. On les évacue par ponction. L'état général ne permet pas une exploration complète. On ferme le ventre et on fait une fistule cœcale.

Les signes s'amendent. Mais il faut trouver l'origine de l'occlusion. En explorant et en interrogeant on remarque une petite cicatrice à la base du thorax gauche. On apprend que cinq ans auparavant, en 1915, le malade a eu à cet endroit une blessure par balle qui fut traitée par abstention. On pense à une hernie diaphragmatique et l'examen radioscopique confirme notre diagnostic.

Nous intervenons une seconde fois et faisons une thoraco phrenolaparatomie suivant la technique préconisée par Jean Quenu dans sa thèse. Nous trouvons d'abord l'angle colique gauche et une partie de l'estomac dans la hernie. Les bords coliques sont très adhérents à la perforation diaphragmique et au moment de la libération une déchirure se produit donnant issue à un flot de matières. Nous reconstituons la paroi puis suturons le diaphragme après réduction du colon blessé. Malheureusement des signes de péritonite se développèrent et emportèrent notre opéré.

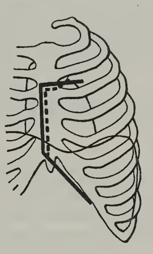
M. Lecene notre rapporteur fait remarquer combien maintenant notre attention doit être attirée vers les blessures anciennes de l'hyponchondre gauche causes de hernies diaphragmiques devenues si fréquentes après la dernière guerre.

Il approuve l'intervention proposée par Jean Quenu et A. Schwartz.

En fait, notre cas est le premier qui ait été opéré par ce procédé.

UNE NOUVELLE VOIE D'EXPLORATION DU COEUR. Presse Médicale, 18 juin 1921.

Le procédé que nous préconisons dans cet article, après l'avoir longuement étudié sur le cadavre, dérive du procédé de MM. Pierre Duval et Barnsby étudié dans notre thèse et d'un procédé utilisé par Moure quelques mois auparavant et qui consiste à mobiliser en masse un volet à pédicule externe sans le briser à sa base pour en faire une charnière.



L'incision que nous adoptons suit le bord chondral gauche puis passe devant le sternum, à droite de la ligne médiane et parallèlement à elle, enfin elle s'incline vers la gauche devant le deuxième espace intercostal.

Le ventre est ouvert. Le sternum est coupé longitudinalement en face du deuxième espace intercostal.

Le volet ainsi mobilisé est transporté en masse vers la gauche sans rupture à la base. Le plèvre est ainsi décollée et rabattue avec le volet de telle manière qu'on l'évite.

Les avantages de notre procédé paraissent être les suivants:

a) La découverte du cœur est large.

b) On ne risque pas de blesser les deux plèvres.

c) Il est inutile de briser le volet à sa base pour faire une charnière de telle manière que la plèvre peut être respectée.

b) La continuité sternale n'est pas atteinte d'où intégrité de la colonne d'appui antérieure des côtes.

TUMEUR CERVICO MEDIASTINALE GAUCHE D'ORIGINE THYREOGLOSSE PROBABLE., EXTIRPATION APRES DESARTICULATION TEMPORAIRE DE LA CAVICULE. PNEUMOTHORAX OPERATOIRE. LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIERE ET DE LA VERTEBRALE. Guérison. Société de Chirurgie, 26 octobre 1921, en collaboration avec DUBOUCHER. Rapport de M. Pierre DUVAL.

L'observation que nous présentons a un caractère vraiment exceptionnel. Il s'agit d'un individu de 30 ans entré à l'hôpital pour vomissements. L'examen de l'estomac est négatif. Un examen complet nous révèle dans le creux susclavier gauche tout en dedans une tumeur fixe qui se révèle transparente au rayon X. Wasserman négatif. Pouls radial normal à gauche, pas de douleurs irradiées.

Les vomissements sont de plus en plus fréquents. Nous portons le diagnostic de tumeur comprimant le pneumogastrique d'où vomissements et nous intervenons.

Après incision arciforme nous découvrons la tumeur, puis la dégageons après désarticulation temporaire de la clavicule. Nous sommes assez heureux pour écarter le pneumogastrique et la carotide. Mais il nous faut lier la jugulaire le tronc inominé et même

la sous-clavière déchirée en tirant en avant la tumeur. Celle-ci occupait l'orifice supérieur du thorax, plongeant dans la cage thoracique si bien que lorsqu'elle fut enlevée se produisit un pneumothorax total.

L'examen histologique fait par M. le Professeur Argaud montra une formation mesodermique difficile à cataloguer, mais vraisemblablement développée au dépens de débris thyreoglosses.

M. Pierre Duval qui voulut bien rapporter cette observation à la Société de Chirurgie la fit suivre d'une longue étude où furent envisagés les points suivants :

1° Les voies d'abord du creux sus-claviculaire.

2° La ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes.

3° Le pneumothorax opératoire.

4° Les tumeurs cervico-médiastines d'origines thyroïdiennes.

Comme on le voit, c'est un vaste programme.

1° *Les voies d'abord du creux sus-claviculaire.*

En l'espèce, M. Pierre Duval fait remarquer que c'est plus le couloir cervico-médiastinal qui a été abordé chez notre malade que le creux sus-claviculaire proprement dit.

Notre rapporteur montre les difficultés qu'on rencontre pour mettre la région au grand jour.

Il faut s'adresser au squelette, c'est-à-dire à l'extrémité interne de la clavicule et aussi au cartilage des deux premières côtes. C'est à Bardenheyer 1889 que nous devons le principe de la résection à la demande de ces segments osseux. Après lui on a cherché à substituer des résections temporaires aux résections définitives. Kocher, Sencert et aussi M. Pierre Duval ont tour à tour fixé des techniques.

M. Pierre Duval approuve notre procédé personnel

de désarticulation temporaire avec abaissement de la clavicule. Il lui paraît supérieur à la résection qui est ordinairement préconisée. Mais il reste entendu que si on doit se donner plus de jour il faudra sectionner l'os.

2° *La ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes.*

Le succès que nous avons obtenu confirme l'opinion émise en 1910 par Monod et Vanverts et suivant laquelle cette ligature est inoffensive. Notre rapporteur aurait bien désiré que nous fissions une suture latérale de l'artère déchirée. Malheureusement les dégats vasculaires étaient tels que la chose fut jugée par nous impossible.

3° *Le pneumothorax opératoire.*

C'est une question qui tient à cœur M. Pierre Duval, aussi s'y étend-t-il longuement. Du reste il limite ses considérations au pneumothorax accidentel produit au cours d'une opération. Après une documentation abondante, M. Pierre Duval essaie d'expliquer les accidents dyspnéiques parfois mortels qu'on a pu observer dans ces cas. Il considère que dans un pneumothorax chirurgical lorsque le poumon danse au lieu de rester immobile, la situation est grave.

Après avoir exposé les nombreuses théories émises, M. Pierre Duval en arrive au côté thérapeutique. Il rejette les tractions sur le poumon utilisées dans ces cas. De même le tamponnement de la plèvre et la compression du thorax. D'après son expérience propre, il estime que le mieux est non pas d'essayer d'oblitérer la brèche pleurale, mais au contraire d'ouvrir largement le thorax.

4° *Nature des tumeurs cervico-médiastinales.*

Ici M. Pierre Duval décline toute compétence se rangeant à l'avis de M. Argaud. Il s'agit probablement d'une formation d'ordre thyroïdien.

PLAIES DU COEUR A SYMPTOMES RETARDES. UNE FORME CLINIQUE SPECIALE DES PLAIES DU COEUR. L'HEMOPERICARDE SECONDAIRE. En collaboration avec Moquot, 1924. *Revue de Chirurgie,* N° 4, pp. 257 à 270.

Jusqu'à ces dernières années on considérait que toute plaie du cœur était accompagnée d'une hémorragie immédiate rapidement mortelle. Dans notre thèse nous avons montré qu'il existait comme pour les plaies artérielles, des plaies sèches du cœur pouvant guérir spontanément.

Nous en voulons pour preuve :

a) Les projectiles intracardiaques enlevés longtemps après une blessure précardiaque.

b) La constatation de projectiles intracavitaires animés de mouvements de tourbillons.

c) Les constatations opératoires de plaies sèches.

d) La présence dans une artère éloignée (iliaque) d'un projectile entré dans la région précordiale.

c) La constatation des lésions orificielles après une plaie par balle ayant traversé le thorax en passant par la région précordiale.

A côté de ces plaies sches, évoluant vers la guérison spontanée et dont l'existence ne peut plus faire de doute, nous décrivons M. Mocquot et nous des plaies du cœur « qui au début sont latentes ou presque, mais qui, au bout de deux ou trois jours ou plus provoquent habituellement dans le péricarde, une hémor-

ragie tardive, abondante, menaçante, et quelquefois mortelle ».

Nous rapprochons là encore les plaies du cœur des plaies artérielles et nous assimilons l'hémopéricarde tardif que nous décrivons, aux hémorragies secondaires des plaies sèches artérielles. Nous apportons une observation d'hémopéricarde tardif.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans blessé en visitant le Chemin des Dames par l'éclatement d'un obus. La blessure principale siège à l'avant-bras. C'est elle qui est pansée. Une petite plaie insignifiante de la région précordiale passe inaperçue. Le blessé prend le train et se rend à Paris sans encombre. Il essaie d'entrer à la Pitié. On le renvoie à Cochin où il arrive à pied. Trois jours après son entrée dans le service de M. Quenu, syncope en allant aux water-closets. Puis le malaise disparaît. Le 17 juin, c'est-à-dire neuf jours après la blessure, l'état général s'aggrave (pâleur mortelle, pouls petit, etc.). On découvre la petite plaie précordiale et après examen radioscopique, nous affirmons l'émopéricarde.

L'intervention montre le péricarde rempli de sang avec un très gros caillot. On découvre une plaie de l'artère coronaire qui est liée dans le sillon interventriculaire. Guérison.

Nous faisons suivre cette curieuse observation de plusieurs autres résumées dans notre thèse et dont nous donnons le détail, observations dans lesquelles les signes d'hémopéricarde ont été tardifs. Il est vrai de dire qu'aucun ne signale un intervalle libre aussi considérable que dans notre cas où il est de *neuf jours*. Nous avons réussi à rassembler dix faits analogues qui cependant ne sont pas en tous points comparables.

Dans un autre groupe de fait l'état était grave d'emblée, l'intervention tardive. Deux faits, deux morts.

Dans un troisième type les signes graves d'emblée s'amendent puis réapparaissent plus ou moins tardivement.

Enfin comme chez notre blessé les signes ont pu être nuls au début puis se déclancher brusquement plusieurs jours après.

Nous remarquons qu'il s'est toujours agi de plaies des ventricules.

Ensuite nous signalons pour la première fois la différence existant entre l'hémothorax et l'hémopéricarde au point de vue de la coagulation. Alors que dans l'hémopéricarde on trouve toujours de très gros caillots dans l'hémothorax au contraire le sang demeure incoagulé.

Puis nous rappelons les signes de l'hémopéricarde, signes étudiés dans notre thèse, et nous insistons sur l'examen radioscopique montrant l'immobilité de l'ombre cardiopéricardique dont nous avons dit la valeur avec Vigot.

CHAPITRE V

CHIRURGIE DES VOIES GÉNITO-URINAIRES ET GYNÉCOLOGIE

RUPTURE D'UN PRYOSALPRYNX DANS LE PERITOINE. PERITONITE SURAIGUE. MORT. B et M. de la Société Anatomique, 7 novembre 1913.

Il s'agit d'une malade entrée d'urgence à l'hôpital Cochin, avec des signes de péritonite généralisée. Le diagnostic étiologique ne fut pas fait. M. Grégoire opérant la malade fit une laparatomie médiane et fut conduit dans le petit bassin ou une trompe perforée était entourée de pus. La perforation s'était faite en péritoine libre. Cette circonstance explique la gravité de cet accident car la malade mourut.

HEMATOCELE VAGINALE ET PACHYPERITONITE CONCOMITANTE D'UN SAC DE HERNIE. En collaboration avec Lucas Championnière. Avril 190.

Chez un malade atteint de hernie, et de ce que nous diagnostiquons hydrocèle, du même côté, nous intervenons et nous trouvons d'abord un sac épaissi par des placards blanchâtres. Puis une hématocèle aux parois très épaisses.

L'examen histologique montre au niveau des deux pièces des néo capillaires extrêmement nombreux avec beaucoup de fibroblastes.

Nous sommes à peu près dans l'ignorance de la cause vraie de l'hematocèle. C'est pour cela que notre observation est intéressante. Car il est vraisemblable que c'est la même cause, cause inconnue, qui a déterminé à la fois un épaississement du sac herniaire et de la vaginale.

SUR UN CAS DE PSEUDO HERMAPHRODISME. Bulletin Médical, mai 1920.

Dans cet article nous rapportons une observation personnelle de pseudo hermaphrodisme à type androgynoïde. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années que nous opérâmes de hernie inguinale dans le service de notre maître M. Rochard, à l'hôpital St-Louis. Dans le sac herniaire nous trouvâmes, à notre grande stupéfaction, un testicule que nous ne nous sommes pas cru en devoir d'enlever.

L'intervention faite nous apprîmes qu'il s'agissait d'une femme mariée depuis plusieurs années, jamais elle n'avait été réglée. L'aspect extérieur était bien féminin, les seins étaient bien nettement dessinés.

A l'examen génital, la vulve était normale mais le toucher conduisait à un cul de sac au fond duquel il n'y avait pas trace de col. Naturellement la masse utérine n'était pas perçue.

Nous ne révélâmes pas à cette femme notre constatation opératoire.

Nous rappelons dans notre travail la classification de Pozzi, et nous rangeons notre cas dans la classe des pseudo hermaphrodisme à type androgynoïde.

Puis nous fondant sur des observations publiées récemment, nous nous élevons contre le reflexe éprou-

vé par le chirurgien d'annoncer triomphalement au sujet qu'il est homme.

En fait cette affirmation est erronée, il s'agit d'individus ayant l'aspect extérieur, la mentalité et les attributs d'une femme sauf que leur utérus est atrophié ou n'existe pas et que les ovaires sont remplacés par des testicules intraabdominaux.

Nous estimons que le devoir impérieux du chirurgien est de taire absolument ce que le hasard d'une cure radicale de hernie lui a permis de constater.

A PROPOS DU TRAITEMENT IMMEDIAT DES PLAIES DE LA VESSIE PAR PETITS PROJECTILES SANS LESIONS DU BASSIN. Paris Médical, mai 1920.

Ce travail est basé sur cinq observations personnelles concernant toutes, des blessures de guerre. Le résumé de ces observations fut donné à la Société de Chirurgie par M. Quenu dans la séance du 14 janvier 1920.

Nous défendons l'idée: que les plaies de la vessie lorsqu'elle sont de petites dimensions, non infectées, et qu'elles ne s'accompagnent pas de lésions osseuses doivent être, après nettoyage chirurgical, suturées primitivement. Naturellement il est bon de placer après l'intervention une sonde à demeure. Lorsque la plaie est péritonéale tous les chirurgiens sont d'accord.

Lorsqu'elle est extrapéritonéale il n'en est pas de même.

D'autre part, nous insistons sur la nécessité de faire une révision complète de toute vessie blessée par un projectile.

Il nous a paru que trop souvent dans ces cas on se contentait de pratiquer sans plus une cystotomie.

En fait, toute blessure vesicale par projectile comporte presque toujours deux orifices. Il s'agit de les traiter tous deux et de ne pas se contenter de s'occuper du plus accessible.

Deux cas sont à considérer:

1° A côté d'une plaie extrapéritonéale de la face antérieure, facilement accessible, existe une autre plaie intrapéritonéale qu'on découvrira par l'incision du péritoine, cette plaie, du reste, étant accompagnée le plus souvent de blessures du grèle ou sigmoïde. Leur traitement est aisé.

2° Avec une plaie extrapéritonéale facilement découverte existe une autre plaie à la base de la vessie. D'ordinaire elle passe inaperçue. Nous insistons pour la traiter et préconisons l'ouverture large de la vessie et la fermeture de l'orifice par la voie endovesicale.

Nous apportons une observation qui est, nous pensons, la première ou ce traitement ait été pratiqué. Sur cinq de nos blessés quatre ont été guéris.

CANCER DU COL DE L'UTERUS AU COURS D'UN PROLAPSUS GENITAL COMPLET. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 14 avril 1923, avec MONTERO.

Les cas de cancer du col de l'utérus au cours d'un prolapsus génital complet, sont rares. M. CHAVANNAZ (Bordeaux) présentait une observation personnelle un peu avant la notre et faisait remarquer tout l'intérêt que comporte ces cas. C'est qu'en effet dans le prolapsus complet, le col de l'utérus est soumis à une irritation continue et on sait le rôle qu'on fait jouer à l'irritation physique ou chimique continue dans l'étiologie du cancer. Or, l'appel de M. CHAVANNAZ ne provoqua guère d'autres publications si bien qu'on peut

considérer qu'il y a quelques contradictions entre la théorie de l'irritation et la rareté des néoplasmes d'utérus prolabés.

Il est vrai de faire remarquer que le prolapsus complet est loin d'être fréquent et que peut-être le pourcentage de l'atteinte cancéreuse est supérieure sur eux que sur les utérus fixés normalement. C'est un point intéressant à éclaircir.

Notre malade guérit complètement et demeure guérie depuis.

RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETHRE. Société de Médecine d'Alger, le 21 avril 1923. Du *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord,* mai 1923.

L'observation que nous présentons concerne un homme de 45 ans qui en chargeant un camion perdit l'équilibre pour tomber à califourchon sur un boulon de fer dépassant la voiture.

Entré en rétention d'urine à Mustapha, le chirurgien de garde se contente de faire une cystomie sus pubienne.

Nous constatons le lendemain matin une large échymose périnéale et nous intervenons, l'urèthre était sectionné comme par un instrument tranchant. Nous rétablissons la continuité par une suture bout à bout sans laisser de sonde à demeure.

Ultérieurement fermeture de la boutonnière sus-pubienne.

Ce malade suivi plusieurs mois, présente un calibre uréthral parfait — bougie N° 40, en somme il s'agit d'un fait de plus à l'actif de la méthode défendue par Marion qui demande l'établissement d'une cystotomie avant toute intervention sur l'urèthre. Il faut se gar-

der de laisser une sonde à demeure pour éviter les dangers d'un rétréeissement.

KYSTE DE L'OVAIRE OUVERT DANS LE RECTUM. Société d'Ostétrique et de Gynécologie, 1923.

Il s'agit d'une femme soignée auparavant pour une fièvre typhoïde et qui pendant la eonvalescence se mit à perdre du pus par l'anus. Les examens les plus complets ne permirent pas de déeouvrir l'orifice d'éeoulement du pus. Par eontre on sentait une masse molle dans le petit bassin. Nous intervînmes par la voie abdominale les pertes purulentes devenant très abondantes et la santé générale s'affaiblissant. Nous déeouvrîmes un kyste de l'ovaire qui s'était ouvert sur la faee antérieure du rectum. Extirpation. Fermeture de la brèche rectale. Guérison.

Ces sortes d'observations sont extrêmement rares et ce earaetère exeeptionnel justifie notre présentation.

SUR UN POINT DE TECHNIQUE OPERATOIRE DANS L'OPERATION DE BADWIN. Presse Médicale, 1924, 2 figures.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'OPERATION DE BALDWIN (CREATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL). Thèse de Rivière, Alger 1924.

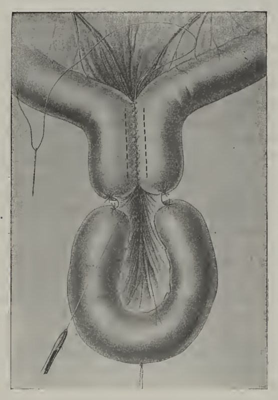
ABSENCE CONGENITALE DU VAGIN. OPERATION DE BALDWIN. Rapport de M. A. Schwartz, *Société de Chirurgie de Paris,* 31 octobre 1923.

Voici l'observation qui fut le prétexte de ces trois travaux.

Une femme indigène de 20 ans, ehassée brutalement par son époux paree qu'elle ne pouvait remplir

ses devoirs conjugaux, se présenta à nous avec une absence congénitale du vagin.

Nous proposons une intervention qui est acceptée. Nous pratiquons alors une opération de Baldwin, mais nous méfiant du sphacèle de l'intestin, nous modifions



la technique classique et nous isolons une anse intestinale que nous abaissons aisément sans toucher au mésentère.

Les suites opératoires sont troublées par l'issue d'ascaris par le nouveau vagin et la formation d'un abcès abdominal avec ascaris. Finalement notre malade guérit avec un vagin profond. La vulve a un as-

pect normal, il est impossible de trouver la cicatrice vulvo-vaginale. Ce vagin peut facilement être exploré au spéculum.

Ajoutons qu'apprenant sa guérison, le mari vint lui-même chercher sa femme à l'hôpital demandant à être pardonné de son geste brutal.

A la Société de Chirurgie, M. Schwartz rapporta notre observation en même temps qu'une autre de M. Chaton. Il approuva la modification technique que nous proposions. A la suite de cette présentation une discussion suivit.

MM. Auvray, J.-L. Faure apportèrent chacun une observation. Puis la question étant à l'ordre du jour, successivement Mocquot, Guibé (Caen), Abadie (Oran) vinrent exposer le fruit de leur expérience en publiant chacun un nouveau fait.

Parmi les orateurs, plusieurs firent remarquer que l'opération de Baldwin était grave, qu'elle entraînait une certaine mortalité et se demandèrent si dans ces conditions elle était justifiée. Avec Abadie on admit cependant que cette opération pour grave qu'elle était, était demandée et acceptée par les femmes privées de vagin. Il est du devoir du chirurgien d'avertir loyalement la future opérée des risques à encourir.

Ce sont précisément ces risques que nous désirions diminuer en proposant notre modification de la technique.

Nous demandâmes alors à notre élève Rivière d'étudier l'opération de Baldwin dans sa thèse.

Rivière réunit un nombre important d'observations (90). La mortalité opératoire est de 17 %. A part trois cas où la mort survint par bronchopenumonie (Mocquot), par ileus (Wallenstein, Garfunkel), les autres décès sont tous imputables à la péritonite.

Or la péritonite peut être le fait d'un sphacèle de l'anse intestinale ou d'une plaque de spacèle portant sur la région anastomosée.

Il n'est pas douteux que ces sphacèles résultent de l'atteinte des vaisseaux de mésentère, vaisseaux coupés par la taille en coin du meso. Cette taille en coin préconisée par tous les auteurs est faite dans le but d'abaisser plus facilement l'anse intestinale. Or RIVIÈRE vérifia sur le cadavre que l'anse isolée ne s'abaissait pas davantage après qu'avant la taille du meso.

Cette taille est donc inutile. Il est vrai qu'elle facilite l'anastomose termino terminale ou latéro latérale isoperistaltique. Mais notre observation montre bien que ces techniques d'anastomose ne sont pas indispensables et dans notre article de la *Presse médicale* nous donnons le détail de la technique que nous préconisons.

L'anse est isolée sans toucher au mésentère et les bouts d'intestins sont anastomosés en canon de fusil très largement.

Le mésentère se recrocqueville derrière. Nous pensons éviter ainsi le spacèle et par conséquent abaisser notablement la mortalité de l'opération de BALDWIN et la rendre peut-être inoffensive.

LES CYSTITES GANGRENEUSES DISSEQUANTES. En collaboration avec BERNASCONI et DUBOUCHER. *Revue de Chirurgie,* 1924, pp. 590 à 634, 1 figure.

Les termes de cystites gangréneuses disséquantes que nous proposons désignent un état inflammatoire de la vessie avec chute de la muqueuse gangrénée entraînant avec elle une partie plus ou moins épaisse de la paroi propre de l'organe.

Ces cystites gangréneuses disséquantes avaient en France fait l'objet de trois travaux importants, mais

déjà anciens, Pinard et Varnier 1887, Guyon 1887, Pepin 1893. Plus récemment, à l'occasion d'un fait personnel, le Professeur Legueu leur consacrait un court article dans le *Journal d'Urologie*, 1917.

Nous apportons dans notre travail trois observations dont deux personnelles et une appartenant à Caraven qui, après avoir présenté son observation à la Société de Médecine d'Amiens, voulu bien nous adresser la pièce et compléter sa présentation par des détails inédits.

A ces trois observations nous ajoutons le résumé de 88 autres trouvées publiées dans la littérature. Ce matériel clinique nous a permis de reprendre la description des cystites gangréneuses disséquantes étudiées déjà par les auteurs sous des dénominations diverses : Cystites croupeuses (Allemands). Cystites exfoliantes (Guyon); Gangrènes disséquantes massives (Cathelin); Congrène vésicale par anaerobies (Legueu).

Beaucoup de cystites gangréneuses disséquantes reconnaissent comme cause la rétroversion d'un utérus gravide. Ceci explique la plus grande fréquence chez la femme (59 femmes pour 32 hommes) nous remarquons toutefois que mise à part cette cause connue (28 cas) la cystite gangréneuse disséquante est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

Parmi les autres causes nous trouvons les injections intravésicales de liquide caustique, puis le rétrécissement de l'urèthre, la lithiase vésicale, etc., etc.

Toutes ces causes ou presque toutes agissent par un mécanisme toujours le même : la rétention d'urine d'une part, l'infection d'autre part. Le rôle de la rétention d'urine a été bien mis en valeur par Guyon. Cette rétention distend la vessie, déplisse la muqueuse, aboutit à la stase veineuse d'où chute d'épithelium, œdème de la muqueuse et hémorragie sous-muqueuse.

L'infection achève l'œuvre de la rétention. La muqueuse attaquée se gangrène elle se décolle de proche en proche entraînant avec elle des fibres musculaires; dans certains cas même c'est toute la paroi infectée qui se gangrène d'où péritonite par perforation.

Lors d'une injection de liquide caustique, il n'est pas nécessaire qu'il y ait rétention, la muqueuse escharifiée tombe et sa chute se trouve hâtée par l'infection.

Chez les blessés de la moëlle c'est probablement la rétention et l'infection qui suffisent à expliquer la cystite gangréneuse qu'on peut observer chez eux, et nous n'admettons pas en principe les troubles trophiques escharifiants qui d'après Cathelin expliqueraient les gangrènes vésicales des paraplégies traumatiques.

La cystite gangréneuse disséquante est caractérisée par des phénomènes de rétention, puis une horrible fétidité des urines. Chez la femme la muqueuse gangrénée est expulsée spontanément à plus ou moins brève échéance. Le diagnostic se fait alors aisément.

Chez l'homme l'expulsion spontanée est rare. La fétidité fera soupçonner cependant la cystite gangréneuse puis lorsqu'on fera le cathéterisme on pourra voir brusquement l'urine s'arrêter de couler et le jet reparaître si la sonde est changée de place. Ce signe est très important.

D'autre part l'état général est mauvais et commande une intervention rapide. Dans une des observations que nous publions nous avons pu faire la cystoscopie avant la chute de la muqueuse. Nous avons trouvé la muqueuse rouge, tuméfiée, comme soulevée par un hématome.

La guérison est fréquente chez la femme parce que la partie vésicale gangrénée est expulsée spontanément et que le diagnostic étant fait il est aisé d'établir la désinfection de la vessie.

Chez l'homme il n'en est pas de même et la rétention des parties gangrénées augmente les phénomènes infectieux. Comme d'autre part le diagnostic est rarement fait, le traitement est souvent trop tardif.

Le traitement n'est évidemment pas le même chez l'homme et chez la femme. Chez la femme si la membrane est éliminée il suffit d'irriguer doucement la vessie, s'il y a rétention totale ou parcellaire, il faudra intervenir. La dilatation de l'urèthre a pu permettre d'intervenir avec succès. On a proposé l'ouverture de la vessie par la voie vaginale, mais l'intervention de choix est la cystotomie sus-pubienne.

C'est cette opération qui s'impose chez l'homme. Elle permet de visiter la vessie entièrement, de décoller les parties sphacélées et de drainer largement.

Malheureusement même lorsque la guérison est obtenue, il subsiste souvent des sequelles telles que pollakiurie ou incontinence contre lesquelles nous sommes désarmés. L'infection des reins présentera une grande gravité.

CHAPITRE VI

CHIRURGIE DES MEMBRES

TECHNIQUE DU CURAGE DE GANGLIONS DE L'AINE. Progrès Médical, 1913, n° 18.

En nous basant sur une expérience de cinq cas personnels de curage ganglionnaire du creux de l'aine pratiqué à St- Louis dans le service de M. Beurnier, nous reprenons dans cet article la technique de cette opération.

M. Gosset avait, peu d'années auparavant, consacré dans le *Journal de Chirurgie* un travail sur ce sujet. Comme lui nous insistons sur la nécessité de dégager au bistouri la face antérieure de la masse à extirper. Puis après avoir fait l'hémostase des vaisseaux abordant les bords de cette masse (sous cutanée abdominale, etc.) on profite d'un plan de clivage qu'on trouve toujours en arrière. Cependant le clivage postérieur est arrêté par la crosse de la saphène qu'il faut couper entre deux ligatures.

Cet obstacle franchi la masse ganglionnaire est aisément enlevée.

Ce curage ganglionnaire a comme indication des affections très diverses: bacillose, néoplasme, etc., souvent on s'adressera à une région couverte de fistules interminables. Dans ces conditions on se verra contraint de laisser la plaie largement ouverte.

METHODE SIMPLE ET EFFICACE POUR LA GUERISON RAPIDE DU BUBON CHANCRELLEUX. Paris Médical 1913, p. 274.

Il y a encore peu de temps (dix ans) il était encore d'usage, notamment à Paris (Hôpital St-Louis, Hôpital Ricord) d'ouvrir plus ou moins largement le bubon chancrelleux. Il en résultait des fistules interminables et les malheureux qui en étaient porteurs encombraient ces hôpitaux.

Dans notre travail nous vulgarisons un procédé très simple que nous avait appris à Alger notre maître M. le Professeur Brault. Ce procédé consiste à faire une minuscule boutonnière permettant l'évacuation du pus. La boutonnière est ensuite drainée avec un crin de florence. Des injections de nitrate d'argent sont faites dans la poche. C'était en somme avant la lettre du drainage filiforme. C'est actuellement ce mode de drainage vulgarisé par Chaput qui est employé par les vénérologues avec quelques perfectionnements le rendant encore plus simple.

RUPTURE SPONTANEE D'UN TENDON EXTENTEUR AU NIVEAU DE L'ARTICLE. Société Anatomique, mai 1914.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est là coexistence de la luxation pathologique et de la rupture tendineuse.

Le tendon s'est rompu au niveau d'une articulation malade et on se demande si les lésions anciennes de l'articulation n'ont pas agi sur la nutrition du tendon.

Cette hypothèse est en rapport avec cette notion qu'on tend à introduire en pathologie que les tendons s'affaiblissent et se rompent au voisinage des articulations pathologiques. Le prototype de ces lésions

étant fourni par la rupture du tendon du long biceps au cours de l'arthrite chronique scapulo humérale.

TECHNIQUE DE L'ESQUILLECTOMIE EN CHIRURGIE DE GUERRE. Paris Médical, 1918.

Dans cet article nous décrivons avec détails la technique de l'esquillectomie en insistant sur la nécessité d'être conservateur le plus possible et de n'enlever les esquilles qu'avec une technique rigoureuse permettant de conserver le périoste.

APPAREIL DE REDUCTION ET DE CONTENTION DES FRACTURES OUVERTES SOUS TROCHANTERIENNES. En collaboration avec M. Vigot. Société de Chirurgie de Paris, rapport de M. Rochard.

REDUCTION DES FRACTURES SOUS TROCHANTERIENNES PAR LE DECUBITUS VENTRAL. En collaboration avec M. Vigot. *Paris Médical,* p. 486, 1918.

Nous avons préconisé la position ventrale pour la réduction des fractures sous trochanteriennes. Le bout supérieur, en effet, dans ces fractures est porté en flexion en avant et en dehors menaçant la peau.

Le bout inférieur tombe en arrière et remonte en haut par la tonicité des muscles cruraux insérés sur l'os iliaque. La position ventrale permet la réduction. Le fragment inférieur se met automatiquement en direction du fragment supérieur par le poids même du membre.

SUR UN NOUVEAU MODE DE REDUCTION DES LUXATIONS RECENTES DE L'EPAULE PAR LA TRACTION EN BAS. Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 25 juillet 1919.

Dans cet article nous critiquons les deux procédés recommandés classiquement.

La méthode de KOCHER est compliquée et infidèle. C'est un fait sur lequel bon nombre de chirurgiens s'entendent actuellement.

Le méthode de MOTHE est bien préférable, cependant elle n'est pas mécaniquement rationnelle.

En effet, la tête humérale est en quelque sorte accrochée à la carocoïde par la lonicité des muscles scapulaires (deltoïde sons scapulaire). Lorsque, comme MOTHE, on tire perpendiculairement à l'axe du corps, la tête humérale est aussi perpendiculaire à la force des muscles scapulaires. De telle manière qu'il faut tirer très fort. Nous montrons par un schéma qu'il est plus logique de tirer le bras en bas, c'est-à-dire dans la force de la direction d'accrochage, d'où utilisation maximum de la force de traction qui n'a pas besoin d'être importante comme dans le procédé de MOTHE.

Nous préconisons donc de tirer le bras en bas, le malade étant endormi. En même temps qu'on tire on fait des mouvements de rotation dans les deux sens pour permettre à la tête de trouver la boutonnière capsulaire. Lorsque notre article fut écrit nous avions ainsi réduit cinq luxations. Depuis nous avons employé ce procédé plusieurs fois avec succès.

M. LEJARS voulu bien mentionner notre manière de faire dans son traité de chirurgie d'urgence.

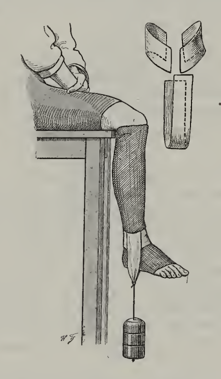
DU TRAITEMENT DES FRACTURES FERMEES DU TIBIA ET DU PERONE, EXCEPTION FAITE DES FRACTURES DU PLATEAU TIBIAL. Presse Médicale, 4 septembre 1919.

Le point original de notre travail réside dans ce fait que nous préconisons (au moins pour les fractures de deux os siégeant au 1/3 moyen et un peu au-dessous) la réduction en position verticale.

Le patient est assis sur le bord d'une table et on met un étrier de Delbet autour des malléoles. A cet étrier est attaché un poids.

Les avantages de cette position pour la réduction sont les suivants :

a) Le poids du pied concourt à la réduction automatique.



b) Il est fréquent d'observer dans les fractures de jambe un déplacement en arrière des bouts inférieurs. Cela à cause du poids même du pied dans la position horizontale. Lorsque ce déplacement existe il se réduit facilement dans la position que nous préconisons.

c) La position verticale permet, lorsque le plâtre est

en place, de remplacer le scultet du Delbet par une simple bande circulaire.

Nous préconisons enfin dans notre article quelques petites modifications que nous avons abandonnées pour revenir à l'appareil de Delbet type.

Nous devons avouer d'ailleurs que nous n'employons plus la position verticale que dans de rares cas à gros déplacement postérieur du segment inférieur irréductible autrement.

UN CAS D'AMPUTATION DU PIED PAR OPERATION DE RICARD. Rapport de M. Quenu à propos d'une observation de M. Mathieu (Société de Chirurgie, 29 octobre 1919) et in travail de Kuss et Houdard dans la *Revue de Chirurgie* de 1920, sur l'opération de Ricard.

Il s'agit d'une jeune femme transportée à l'hôpital Cochin pour un écrasement de l'avant pied. Les orteils sont en bouillie comme les métatarsiens. La peau de la région dorsale est détruite. Il reste une grande partie de la peau plantaire.

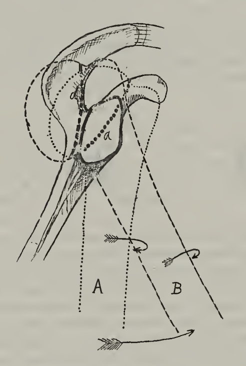
Nous faisons une amputation de Ricard. Nous sommes obligés d'abattre la petite et la grande apophyse du calcaneum et nous suturons primitivement. M. Quenu, dans son rapport, se sert de notre observation comme type de broiement d'extrémité sans shock.

MM. Kuss et Houdard relatent l'observation, les radiographies et la photo du moignon pedieux de notre opérée comme un exemple de ce que peut donner une amputation de Ricard.

De fait, quatre mois après notre malade marchait parfaitement et pouvait danser.

LUXATION SOUS ACROMIALE PAR ACTION MUSCULAIRE (EPILEPSIE). Presse Médicale, 15 janvier 1922.

Les luxations sous acromiales sont rares. C'est Malgaigne qui les a ainsi nommées entendant désigner par là « une luxation dans laquelle la tête humérale se trouve au-dessous de l'angle postérieur de l'acromion. »



Nous avons eu l'occasion d'en observer un exemple à l'hôpital Necker.

Il s'agissait d'un individu qui, à la suite d'une crise d'épilepsie, présentait une grande difficulté à mouvoir les épaules; depuis 15 jours il était soigné pour rhumatismes scapulaires.

De fait, aucune déformation n'existait et la radiographie montrait la tête humérale à peu près en place.

Anesthésie. Réduction facile des deux côtés par notre procédé. Le malade remue le bras très facilement après l'intervention. Nous avons eu la curiosité de vérifier sur le cadavre les expériences qui avaient déjà était faites sur cette luxation et de procéder à quelques recherches bibliographiques. Cette luxation sous acromiales est rare et, d'après MALGAIGNE, huit fois sur trente quatre elle survient après une crise d'épilepsie. Elle est souvent alors bilatérale, ce qui s'explique à cause de la similitude des mouvements qui se font dans chaque épaule.



Voici le mécanisme qu'il convient d'invoquer. Dans une crise d'épilepsie les bras sont tordus en dedans. Cette torsion déchire la partie postérieure de la capsule, arrache le muscle sous scapulaire et permet à la tête humérale de tourner en arrière sa surface cartilagineuse. Ce mouvement ne peut encore réaliser de luxation. Il faut pour que celle-ci se produise que le coude soit porté en avant. Alors le sillon anatomique devient parallèle au bord portérieur de la cavité sigmoïde et la tête humérale regardant en arrière s'accroche à ce bord. La luxation, ou mieux la subluxation est réalisée.

Cliniquement elle ne détermine aucune déformation. Mais la gêne fonctionnelle est importante et le

coude se trouve légèrement écarté du corps en même temps que l'avant bras est porté en dedans.

La réduction semble devoir être obtenue très aisément par notre procédé de traction en bas.

PARALYSIE DU NERF CIRCONFLEXE CONSECUTIVE A UNE LUXATION DE L'EPAULE, INTERVENTION, GUERISON. Société de Chirurgie, 31 mai 1922. Rapport de M. Mocquot.

L'observation que nous présentons concerne un homme de 38 ans qui, à la suite d'une luxation de l'épaule réduite par le procédé de Kocher avait une paralysie du deltoïde. Nous fîmes le diagnostic de lésion du circonflexe dans le creux de l'aiselle et intervenant au troisième mois, nous découvrîmes un névrome du circonflexe que nous dégageâmes. La guérison se fit lentement mais complètement et un an après l'accident notre blessé pouvait se servir parfaitement de son épaule. Les réactions électriques étaient normales.

Les faits de ce genre sont très rares. Ce n'est, en effet, que depuis 1910, après l'article de MM. Delbet et Cauchoix qu'on commença à admettre que les paralysies consécutives à une luxation de l'épaule ne sont pas toutes radiculaires et qu'un certain nombre d'entre elles reconnaissent, non pas une lésion de racines sur laquelle le chirurgien est le plus souvent impuissant, mais bien une atteinte du plexus dans l'aisselle par trauma direct par la tête humérale, lésant surtout le nerf circonflexe. De telles lésions sont réparables. Notre observation le prouve une fois de plus et il est regrettable que bien des chirurgiens admettent encore aujourd'hui l'origine exclusivement radiculaire des paralysie consécutives à une luxation de l'épaule.

OSTEOARTHRITE DEFORMANTE JUVENILE DE LA HANCHE. Société Anatomique, 1920.

Nous présentons l'observation d'une jeune fille entrée à l'hôpital Cochin pour boiterie. La radiographie montre une déformation de la tête fémorale qui est étalée en tampon de wagon.

Il ne s'agit pas là d'une maaldie de Leeg Calvé mais bien d'une ostéoarthrite juvénile que Rottenstein et Houzel ont étudié en 1910 dans la *Revue de Chirurgie.*

Cette maladie a une origine infectieuse. Chez notre malade nous n'avons pas noté de signes de syphilis.

Peut être s'agit-il de tuberculose inflammatoire (Poncet).

En fait nous devons avouer que nous sommes ignorants de l'origine de cette curieuse maladie.

PARALYSIE TARDIVE DU NERF CUBITAL A LA SUITE D'UNE FRACTURE DU CONDYLE EXTERNE DE L'HUMERUS. Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord, octobre 1923.

Cette complication de fracture du coude est heureusement très rare, elle fut signalée pour la première fois par Mouchet en 1898 dans sa thèse de doctorat. Il s'agit toujours d'une fracture du condyle externe qui aboutit à un cubitus valgus. Cette déformation conditionne un allongement progressif du nerf cubital tendu comme une corde sur son chevalet. D'où paralysie.

Cette complication est d'ailleurs tardive, le traumatisme initial datait de 16 ans chez notre malade.

Mouchet proposa pour guérir cette paralysie une ostéotomie cuneiforme interne qui poursuivait un double but: celui de redresser le bras et de supprimer

le cubitus valgus, celui aussi d'empêcher l'élongation nerveuse et de permettre au nerf de reprendre sa fonction primitive.

Ce sont là les idées défendues par notre maître M. Mouchet dans sa thèse puis dans diverses publications.

Elles ne sont pas toujours conformes aux idées d'autres chirurgiens que nous citons.

En fait, notre observation est une confirmation de la justesse des idées de Mouchet.

Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans dont la fracture datait de l'âge de deux ans. La paralysie était installée depuis un an. Nous commençons par enlever le condyle externe séparé du reste de l'humérus, puis nous fîmes l'opération de Mouchet. Guérison parfaite quatre mois après.

L'intérêt de ce résultat est intéressant car il n'y a guère que cinq ou six observations de ce genre publiées, dont deux toutes récentes.

A PROPOS D'UNE FRACTURE ISOLEE DU SCAPHOIDE TARSIEN. Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord, juin 1923, avec Duboucher.

Les fractures isolées du scaphoïde tarsien ne sont pas fréquentes puisque Abadie et Rougé n'en réunissait, en 1910, que 29 cas.

C'est ce qui nous a engagé à publier notre observation.

Un homme reçoit sur les épaules une benne de charbon étant à moitié assis. Il fléchit sous le choc. L'ischion gauche atteint le talon du même côté le pied reposant sur le tarse antérieur. Douleur, impotence. A la radio le scaphoïde est divisé en deux fragments par une fente antéropostérieure qui répond au pre-

mier espace interosseux et à l'espace qui sépare le premier cunéiforme du second. Ce dernier espace est élargi en diastasis.

Bains chauds, massage, guérison.

Abadie et Rougê avaient expliqué la fracture du scaphoïde par un mouvement de flexion de cet os qui tenu par des ligaments à ses deux extrémités se briserait sur la tête de l'asatgrale comme un bâton sur un genou.

Nous combattons dans notre travail cette manière de voir. Astragale, scaphoïde, calcanéum formant un tout solidaire par ses ligaments, il faudrait que les os soient indépendants l'un de l'autre pour qu'un tel mécanisme puisse être logiquement invoqué.

En fait voici ce qui se passe:

Nous savons, depuis les travaux de MM. Quenu et Kuss, que dans les luxations tarso métatarsiennes le premier métatarsien se désolidarise d'avec les autres métatarsiens. Lorsque, comme dans notre cas particulier, le pied est pris entre le sol et l'ischion, qu'il est vertical, le premier espace interosseux peut s'écarter et le diatasis gagne l'espace qui sépare le premier du deuxième cunéiforme. D'où deux colonnes qui appuient sur le scaphoïde, l'une interne métatarsienne premier cunéiforme, l'autre externe masse des autres métatarsiens et des autres cunéiformes.

Le scaphoïde est concave en arrière vers l'astragale et la pesée qui vient des cunéiformes le fléchit. La rupture se fait en face du premier espace intermétatarsien cunéiforme.

KYSTES HYDATIQUES DU TIBIA. Société de Chirurgie, 12 décembre 1923. Rapport de M. Mouchet avec Duboucher.

KYSTES HYDATIQUES DES OS LONGES. Revue de Chirurgie 1924, pp. 401 à 442.

L'observation présentée par M. Mouchet à la Société de Chirurgie concerne un garçon de 18 ans présentant une tuméfaction au 1/3 supérieur du tibia droit. Cette tuméfaction grosse comme un œuf commence à être douloureuse. La radio montre qu'il s'agit d'un kyste avec deux loges. Le Weinberg est négatif.

A l'intervention nous trouvons deux kystes hydatiques accolés, avec autour de petites vésicules nombreuses. Curetage-formolage, puis nous effondrons la partie externe de la coque osseuse et nous la rapprochons en dedans pour combler la perte de substance. Réunion per priman. Le jeune homme marche parfaitement au bout de deux mois.

Cette observation nous a incité à reprendre l'étude des kystes hydatiques des os, sujet qui avait été traité magistralement par Gangolphe en 1886. Puis comme nous désirions limiter notre sujet, nous nous sommes contenté d'étudier les kystes hydatiques des os longs.

Le dernier travail important paru sur la question date de 1916 (Robin, thèse de Lyon). Cet auteur étudiant les kystes hydatiques des os avait réussi à réunir 22 observations dont 53 concernant les os longs.

Nous n'avons pas réussi à consulter toutes les observations de la littérature, mais nous pouvons apporter le résumé de 53 observations.

En dehors des os longs, les kystes hydatiques peuvent atteindre d'autres parties du squelette : crâne, os coxal, colonne vertébrale. Sur les 53 observations que nous avons pu réunir, nous comptons :

Fémur, 14 ; Tibia, 14 ; Humérus, 12, Fémur Hanche, 5 ; Tibia Fémur, 6 ; Clavicule, 1 ; Phalange, 1.

En somme, étudier les kystes hydatiques des os longs

c'est limiter son champ d'action à trois os : fémur, tibia, humérus, c'est-à-dire les trois os qui sont le siège ordinaire de l'ostéomyélite.

Le volume de ces kystes n'est pas grand. Aussitôt en effet qu'il est important, l'os est usé et se brise.

On distingue les kystes uni et multiloculaires. Les kystes uniloculaires ont été niés. Nous en citons cependant des exemples.

Quant aux kystes multiloculaires, ils constituent la forme habituelle des kystes hydatiques osseux. C'est un fait classique depuis le travail de Gangolphe.

Cependant nous discutons cette appellation de multiloculaire qui prête à confusion. En fait, on trouve des vésicules indépendantes l'une de l'autre, accolées l'une à l'autre de volume divers. C'est plutôt multivésiculaire qu'il faudrait dire, car multiloculaire veut dire masse unique avec plusieurs loges.

Nous proposons d'appeler cette forme multivésiculaire infiltrante pour bien marquer que ces vésicules infiltrent le tissu osseux.

De cette façon aucune confusion ne peut exister entre cet aspect particulier et la maladie bavarotyrolienne qui est appelée aussi alvéolaire ou multiloculaire et qui paraît relever d'un parasite particulier. En tout cas, M. Dève a bien montré que les kystes osseux multiloculaires sont déterminés par le même parasite que les kystes hydatiques ordinaires du foie par exemple.

Quelle est la pathogénie de cette multiloculation, Gangolphe avait admis que cet aspect particulier résulte de la prolifération exogène des vésicules.

En 1901, Dévé, dans sa thèse, soutint qu'il s'agissait là d'un kyste compliqué d'échinococcose secondaire. Le kyste d'abord uniloculaire use l'os, détermine une fracture, le kyste s'ouvre, le sable hydatique se

répand alentour et de nombreuses vésicules se développent.

Plus tard M. Devé se rallia à l'opinion de M. Gangolphe apportant à l'appui de sa manière de voir le poids de son expérience. Nous nous inclinons devant cette opinion, mais nous ne cachons pas notre sympathie pour la première conception de M. Devé. En effet, le dépouillement des observations montre bien que presque toujours il s'agit de kystes compliqués qui ont évolué d'abord d'une manière latente. L'ouverture du kyste est la conséquence à peu près fatale de toute fracture et cette ouverture a de bonnes raisons pour se compliquer d'échinococose secondaire.

Nous avons dit que les kystes hydatiques des os longs évoluaient en général sournoisement pendant longtemps, surtout au niveau des os difficilement explorables tels le fémur et même l'humérus. C'est au niveau du tibia qu'on aperçoit assez rapidement la tuméfaction qui peut permettre le diagnostic.

Lorsque les douleurs apparaissent c'est que le kyste est infecté.

Très souvent on se trouve en présence d'une fracture du type dit spontané. On a pu voir ces fractures se consolider. D'autre fois une pseudarthrose s'établit et c'est en intervenant pour la détruire que le chirurgien découvre les hydatiques. Le diagnostic est à faire avec les kystes essentiels des os. Malgré la radiographie il est souvent difficile.

Cependant la réaction sanguine peut donner une indication: Veinberg positif, intradermo réaction positive.

Le traitement est difficile.

Dans de rares cas le traitement idéal est applicable. Nettoyage du foyer parasité. Formol, réunion primitive. C'est ce que nous avons réalisé dans notre observation qui est d'ailleurs unique en son genre.

Le plus souvent le kyste est compliqué, suppuré et il faudra ouvrir largement, curetter, drainer. Dans d'autres cas la situation est si grave qu'il faudra recourir à l'amputation.

Nous apportons les renseignements statistiques suivants :

Kystes hydatiques du fémur

Nombre de cas...............	14
Désarticulation hanche........	5
Amputation	4
Conservation membre.........	3
Surprise d'autopsie...........	2

Kystes hydatiques du fémur et de l'os coxal

Nombre de cas...............	5
Désarticulation hanche........	0
Tentative de conservation......	3
Surprise d'autopsie...........	2

Kystes hydatiques du tibia

Nombre de cas...............	14
Amputation	3
Conservation du membre......	11
Surprise d'autopsie...........	0

Kyste hydatiques du fémur et du tibia

Nombre de cas...............	6
Amputation	4
Conservation du membre......	2

Kystes hydatiques de l'humérus

Nombre de cas....	12	1 où le fémur était pris
Désarticulation ...	1	
Amputation	0	
Conservation	9	
Surprise autopsie..	3	

Le pronostic varie avec l'os atteint. Les kystes du fémur sont graves, 7 morts sur 14 cas.

Ceux du tibia et de l'humérus ne donnent que deux décès.

LUXATION SOUS-ASTRAGALIENNE. Société de Médecine d'Alger, 24 mai 1924. In *Presse Médicale,* 4 juin 1924.

Cette observation concerne une femme de 50 ans qui, à la suite d'une chute de voiture présente une luxation du pied que la radiographie nous montra être une luxation sous-astragalienne. L'avant-pied était déjetté en dehors. La tête de l'astragale se sentait en dedans sous la peau. A la radio l'astragale était en place dans la mortaise tibio-péronière. Le calcanéum avait glissé en avant et le scaphoïde en dehors. Les clichés, montraient seulement un très léger arrachement osseux au niveau de la grande apophyse du calcanéum. La réduction se fit avec la plus grande facilité.

Les faits de ce genre sont rares. Il est regrettable que ces sortes de luxation soient étudiées dans le chapitre des luxations de l'astragale. En fait c'est bien l'appellation de luxation sous-astragalienne qui paraît être la meilleure, l'astragale demeurant absolument en place.

SYNDROMIE DE WOLKMAN TRAITE PAR L'ELONGATION TENDINEUSE. Société de Médecine d'Alger, 1925, avec Vergoz.

Un jeune homme présente après écrasement des muscles de l'avant-bras un syndrome de Wolkman typique.

Une sympathectomie periartérielle humérale ayant échoué, nous nous décidons à faire l'élongation des

tendons rétractés au-dessus du poignet. Notre opération fut suivie de succès. Nous pensons que parmi les multiples opérations qui furent proposées, c'est encore cette élongation tendineuse qui doit donner les meilleurs résultats.

LA RESECTION DU GENOU POUR TUBERCULOSE SUIVANT LA TECHNIQUE DE ROCHARD. (*Journal de Chirurgie,* 1925) (pour paraître).

Dans ce travail nous décrivons par le détail la technique originale et très simple que notre maître, M. Rochard avait mise au point dans son service de l'hôpital St-Louis.

Les caractéristiques de cette technique sont la résection d'emblée de la rotule par une double incision elliptique. Le large étalement de la paroi postérieure pour la poursuite des bourses séreuses infectées, enfin l'immobilisation sans plâtre sur une attelle analogue à l'attelle de Boeckel.

CHAPITRE VI

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

La chirurgie du ventre nous a spécialement occupé. Nous exposerons à part nos travaux sur la chirurgie du foie, la chirurgie du pancréas, la chirurgie de la rate et de l'hyponchondre gauche.

TUBERCULOSE HERNIAIRE. Société anatomique 1913.

La tuberculose herniaire n'est pas fréquente. Elle a été étudiée surtout par COTTE.

Nous apportons un exemple de tuberculose sacculaire. Il s'agissait d'une hernie inguinale présentant d'ailleurs des nodosités qui nous firent penser à la tuberculose herniaire. L'intervention nous montra un sac garni de granulations. Le péritoine de l'intestin était intact. La tuberculose paraissait s'arrêter au collet du sac. Ce sont ces cas qui sont spécialement rares.

Le plus souvent en même temps que le sac la cavité péritonéale est largement atteinte et souvent, chose plus grave, les anses intestinales sont adhérentes par le fait de la péritonite tuberculeuse. Notre malade guérit simplement. L'examen histologique nous montra qu'il s'agissait bien de tuberculose.

DES INDICATIONS DE LA RESECTION INTESTINALE DANS LA CURE RADICALE DE CERTAINES HERNIES. En collaboration avec M. le Pr Quenu. *Revue de Chirurgie,* 10 avril 1914.

Ce travail a comme base deux observations de notre maître.

Pour la première il s'agissait d'une grosse hernie ombilicale dans laquelle fut trouvée une masse d'intestin grèle agglutinée. Il était dangereux de réduire dans l'abdomen pareille masse qui fut réséquée. Guérison.

Pour la seconde, il s'agissait d'une éventration. L'intestin adherait si intimement à la paroi qu'il fut obligé de dissequer, d'où dépéritonisation et amincissement pariétal. Pour éviter tout accident M. Quenu resséqua l'anse ainsi lésée. Guérison.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de réunir douze observations ou en dehors des complications herniaires (étranglement, gangrène de l'intestin, etc.) l'enterectomie fut pratiquée.

A l'aide de ce matériel clinique nous avons pu rédiger les conclusions suivantes: en dehors des complications herniaires (étranglements, gangrène intestinale) l'enterectomie peut être indiquée:

1° Dans certains cas rares de hernies à contenu néoplasique.

2° Dans certains cas rares de hernies à contenu tuberculeux si la limitation et la forme des lésions s'y prêtent.

3° Dans certaines hernies adhérentes.

a) Lorsque l'intestin est largement déchiré au cours de la libération.

b) Lorsque non déchiré il est largement dépouillé de son revêtement séreux.

c) Lorsque détaché de ses adhérences il se présente

recouvert de tissus fibreux cicatriciels empruntés à la paroi même du sac dont on l'a détaché.

b) Lorsque sans adhérer avec le sac ou avec des adhérences limitées une masse intestinale est agglutinée de telle sorte qu'elle se prête mal à une libération désirable.

c) Pour les hernies ayant perdu droit de domicile nous ne pouvons exprimer que des réserves et ne formulons jusqu'à nouvel ordre aucune conclusion.

DU SIEGE ET DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES ZONES DE MATITE DANS LES EPANCHEMENTS INTRAABDOMINAUX D'ORIGINE TRAUMATIQUE. En collaboration avec M. VIGOT. *Paris Médical,* 2 novembre 1918.

Dans les contusions de l'abdomen, la constatation d'une zone de matité peut avoir une valeur considérable et permettre d'établir un diagnostic jusque là hésitant en relevant la présence d'une collection libre dans le péritoine et ordinairement formée de sang.

Il arrive que si le blessé est couché depuis longtemps sur un côté la matité siège dans un flanc, celui qui répond au côté sur lequel était couché le malade. Ordinairement elle occupe une fosse iliaque et le plus souvent la droite.

Il est classique d'expliquer cette localisation de la façon suivante. Le sang venant des parties supérieures de l'abdomen est guidé dans sa progression par l'écran mésentrique qui est dirigé de haut en bas et de gauche à droite.

En fait, cette explication est absurde et contraire aux lois les plus élémentaires de la physique.

Nous fondant sur des constatations opératoires et des expériences cadavériques, nous établissons que lorsque le sang s'épanche dans l'abdomen il va obéis-

sant aux lois de la pesanteur occuper d'abord le Douglas, puis le petit bassin rempli déborde dans les fosses iliaques. S'il occupe, en clinique, le plus souvent la fosse iliaque droite c'est que le cœcum plus ou moins mobile lui laisse la place. Mais il arrive que la matité et la collection siègent à gauche. C'est que le cœcum est attaché très bas et que le sigmoïde présente au contraire un long méso.

34 PLAIES PENETRANTES DE L'ABDOMEN. En collaboration avec M. Vigot. Société de Chirurgie de Paris, 16 octobre 1917. Rapport de M. Quenu.

PLAIES DE L'ABDOMEN. En collaboration avec M. Vigot, Société de Chirurgie de Parie, 14 janvier 1920. Rapport de M. Quenu.

a) Dans notre première communication nous avons réuni les plaies de l'abdomen que nous avions eu l'occasion d'observer de 1916 (janvier) à 1917 (mai).

Sur 34 cas:

13 furent traités par l'abstention.
20 par la laparatomie.
1 par l'opération de Murphy.

Sur les 13 abstentions 4 concernaient des blessés inopérables, les 9 autres guérirent (Chez ces 9 blessés notre maître rapporteur fait remarquer que pour un cas la pénétration est douteuse. Dans un autre cas l'abstention ne fut pas complète parce que le blessé arrivé tard nous avons réuni par un coup de ciseaux les orifices d'entrée et de sortie.

Des sept autres, deux étaient des plaies du foie, deux des plaies de l'estomac terminées par un abcès sous phrénique que nous incisâmes.

Un une plaie du gros intestin car un projectile fut éliminé par l'anus et il se forma un abcès iliaque.

Toutes ces plaies siégeaient dans l'étage sus mésocolique.

Dans les vingt laparatomies nous comptons : cinq plaies multiviscérales toutes terminées par la mort.

Des quinze plaies univiscérales, neuf guérirent.
Trois plaies du foie: trois guérisons.
Deux plaies du cœcum: deux guérisons.
Une plaie de la rate: une guérison.
Quatre plaies du grèle: trois morts.
Quatre plaies simples: trois guérisons.

Tous ces chiffres sont en faveur de l'intervention dans les plaies de l'abdomen sauf dans les cas des plaies de l'étage sus mésocolique arrivées tard (plus de huit heures) et qui sont susceptibles de guérir après une complication telle qu'un abcès sous phrénique.

b) Notre second lot de blessés est le résultat d'une sélection.

Nous avons pris dans nos observations postérieures à mai 1917 celles qui étaient superposables et qui nous paraissaient propres par leur rapprochement à nous suggérer d'utiles réflexions.

Sur dix-neuf blessés nous comptons quatre groupes.

1° Plaies de la rate seule

Trois cas, trois guérisons. Le trajet du projectile suivi nous conduisit à enlever la rate à travers le diaphragme et à constater l'extrême facilité de la splénectomie par cette voie.

2° Plaies de la vessie

Cinq cas, quatre guérisons. Une plaie de la vessie seule. Réunion primitive de la brèche vesicale. Mort par shock consécutif à des plaies multiples crurales une plaie du pôle supérieur de la vessie avec large déchirure du grèle (résection de 60 cm.) fermeture de la plaie vésicale; guérison. Deux plaies doubles de la vessie (sommet et base)) avec lésions du grèle et de la plaie du sommet de la vessie seulement, sonde à demeure; guérison.

Une plaie double de la vessie avec perforation rectale oblitération de la plaie de la base par voie endovésicale et fermeture de la brèche d'accès. Guérison.

Ces observations nous ont suggéré un article sur le traitement des plaies de la vessie (*Paris Médical*, mai 1920). Voir chirurgie des voies urinaires.

3° Plaies du reins : neuf cas

Quatre plaies univésicales avec néphrectomie, trois guérisons; trois plaies hépatorénales avec néphrectomie, deux guérisons; une plaie du rein et de la rate, conservation des organes, mort.

4° Contusion de l'abdomen avec désinsertion mésentérique

Dans les deux cas nous pratiquons une resection de l'intestin sur l'étendue de la désinsertion.

Resection de 57 cm de grèle dans le premier cas, mort.

Resection de 110 cm de grèle dans le deuxième cas, guérison.

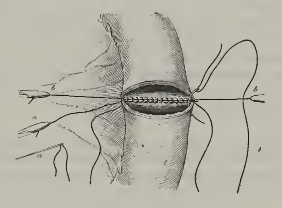
Ces deux dernières observations concernent des contusions de l'abdomen. Le détail a paru dans un article de MM. Sencert et Ferry publié dans le *Journal de Chirurgie* (1921).

EVENTRATION AVEC ADHERENCES PROFONDES DU GRELE, BLESSURE DE L'ANSE ADHERENTE. RESECTION, ANASTHOMOSE BOUT A BOUT, GUERISON. En collaboration avec LAURET. Société anatomique, 8 novembre 1919.

Il s'agit d'un fait à ajouter au travail que nous avions publié avec notre maître M. QUENU. Un individu est laparatomisé pour plaie de l'abdomen. Il guérit et par la suite fait une éventration. Pendant la cure radicale on trouve l'intestin très adhérent partout. Une blessure assez large se produit ouvrant la lumière. Lorsque l'anse adhérente finit par être bien dégagée on la trouve dépéritonisée, ouverte, etc. Resection. Anastamose, termino terminale, guérison.

TECHNIQUE DE LA RESECTION DE L'INTESTIN GRELE. ANASTOMOSE TERMINO - TERMINALE. Presse Médicale, 11 février 1920.

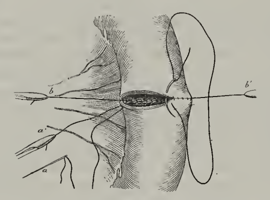
Il n'est pas douteux que quand la chose est possible, il est préférable de rétablir la continuité dé-



truite de l'intestin grèle par une anastomose bout à bout. Ce mode d'anastomose est en tout cas de mise

après résection pour tumeur du grèle ou pour déchirure multiple après plaie de l'abdomen.

Nous donnons par le détail cette technique telle que nous la concevons, nous inspirant des publications de Toupet, de Lardennois et Okinczic.



Nous décrivons un premier plan de suture total qui n'est entrepris qu'après que les insertions du mésentre auront été fixés par un point. Il comprend toute la paroi et se fait par points passés. Les lèvres antérieures sont réunies par le point de Lardennois et Okinczic qui comme le point de Connel fait faire la moue à la muqueuse vers la lumière intestinale. Ensuite de quoi on fait un surjet sero-séreux qui d'un seul tenant contourne l'intestin.

Les pinces de Chaput traumatisantes sont utilisées au minimum et chaque fois que la chose est possible on les remplace par un fil de traction.

ECHINOCOCCOSE GENERALISEE DU PERITOINE ET DE LA PLEVRE DROITE. INTERVENTION EN PLUSIEURS TEMPS. Société Anatomique, 5 mars 1920.

Il s'agit d'une observation recueillie à l'hôpital Cochin et appartenant à notre maître, M. Quenu.

Une femme de 40 ans fut envoyée d'un service de médecine où elle était soignée pour tuberculose lorsqu'elle fit une vomique hydatique typique. Le diagnostic était établi de ce fait. Il existait encore de très nombreuses tumeurs dans l'abdomen, un gros foie, une grosse rate, si bien que le diagnostic d'échinococcose péritonéale fut porté. Malgré le nombre et l'importance des tumeurs, notre maître tenta de sauver cette femme fatalement vouée à la mort. Pour cela il résolut de procéder en plusieurs temps.

Dans un premier temps, s'adressant aux kystes sûrement aseptiques, notre maître enleva les kystes épiploïques qui formaient deux masses énormes.

Dans un second temps, s'adressant au foie, il enleva un très volumineux kyste avec un prolongement thoracique important. La malade supporta bien sa première intervention comme la seconde. Mais un jour elle fit une vomique pendant laquelle elle succomba avant qu'on put passer au troisième temps.

L'autopsie montra le thorax droit envahi, un kyste énorme de la rate, un autre du rein, enfin un kyste pelvien.

Il s'agit évidemment là d'un cas désespéré, mais qui comporte un enseignement. M. QUENU pense qu'il faut tenter chez ces malades un traitement chirurgical dont le principe est d'opérer en plusieurs temps en commençant par les kystes sûrement aseptiques et en finissant par les kystes plus susceptibles de s'infecter.

FISTULE CUTANEE STERCORALE DU GRELE. ANASTOMOSE ILEOCOLIQUE SUR LE COLON TRANSVERSE PUIS RESECTION DE L'ANSE FISTULISEE. GUERISON. Société de Chirurgie, 7 février 1923. Rapport de M. OKINCZIC, avec DUBOUCHER.

Il s'agit d'un individu de trente ans opéré d'abord pour occlusion intestinale par volvulus du grêle. Con-

sécutivement se forme une fistule stercorale. Dans une seconde intervention anastomose latéro-latérale du grêle et du transverse au-dessus de la fistule dans le but de la fermer. Ces deux interventions ont été faite par Duboucher. Nous intervenons une troisième fois et reséquons l'anse fistulisée. Anastomose termino-terminale. Guérison.

Notre rapporteur ne s'étonne pas que la fistule intestinale n'ait pas été tarie par la seconde intervention. Pour lui il aurait fallu exclure la région fistuleuse complètement par section de l'intestin grêle. On eut ainsi probablement évité la troisième intervention.

CHOIX DE L'ANESTESIE DANS LES OPERATIONS SUR L'ESTOMAC ET SOINS PREOPERATOIRES. Congrès Français de Chirurgie, octobre 1924.

A l'occasion du rapport de M. Lambret de Lille, sur cette question à l'ordre du jour, nous exposons notre manière de voir qui confirme d'ailleurs la conclusion du rapporteur. En fait nous avons abandonné l'anesthésie générale dans les opérations sur l'estomac pour donner la préférence à l'anesthésie locale qui elle, est exempte de complications pulmonaires. Mais l'anesthésie locale ne suffit pas toujours et lorsqu'on veut faire une pylorectomie, il faut avoir recours à autre chose.

C'est alors qu'on fait l'anesthésie mixte que nous n'aimons pas pas crainte de complications pulmonaires. Nous en sommes arrivé ainsi à la rachianesthésie haute (II[e] dorsale). Or la rachi n'est pas exempte d'inconvénients. C'est peut-être ce que nous avons de mieux actuellement, mais ce n'est pas encore l'idéal en sorte que nous considérons que la question n'est pas encore au point et qu'il faudra ou se familiariser avec l'anesthésie au protoxyde d'azote ou trouver d'autres méthodes d'anesthésie.

Pour ce qui est des soins préopératoires à donner aux opérés de l'estomac nous confirmons la nécessité de bien nettoyer la bouche, de laver préalablement l'estomac à l'eau iodée, de vacciner préventivement avec du vaccin antipneumococcique.

COMPRESSION DUODENALE SOUS-VATERIENNE APRES GASTRO-ENTEROSTOMIE POUR ULCERE GASTRIQUE. DUODENO JEJUNOSTOMIE. GUERISON. Avec M. Vergoz. Société de gastro-enterologie de Paris, 1925.

On commence a connaître les causes d'échec de la gastro-enterostomie. Parmi ces causes la compression sous-watérienne tient la première place. Dans notre observation le duodenum était énorme, une duodeno-jejunostomie apporta un soulagement immédiat dès douleurs et supprima les vomissements.

ULCERE DU DUODENUM ET ABSENCE DE TORSION DE L'ANSE INTESTINALE, avec M. Vergoz, Société de gastro-enterologie de Paris, 1925.

Cette curieuse observation concerne un malade atteint d'ulcère du duodennum. Au cours de l'intervention nous constatons que la torsion intestinale n'était qu'ébauchée. L'intestin grèle occupait la partie droite de la cavité abdominale, le gros intestin la partie gauche.

Le côlon était énorme, bridé par des adhérences. Il eut fallu, pour bien faire, en reséquer un segment.

Nous fîmes après gastroenterostomie, une cocco sigmoïdostomie remettant à plus tard une résection colique. Le malade fut très amélioré et ne voulut pas subir une seconde opération.

Chirurgie du Foie

DES ADENOMES BILIAIRES KYSTIQUES (adenokystomes ou cystadenomes biliaires) ET SPECIALEMENT DES GRANDS KYSTES BILIAIRES CHIRURGICAUX DU FOIE. Journal de Chirurgie, janvier 1923. Avec DUBOUCHER, pp. 1 à 25, 1 fig.

Ce travail est la première étude d'ensemble parue en France concernant ce sujet. Il nous fut inspiré par une observation de notre maître, M. le Professeur VINCENT.

Il s'agissait d'une femme kabyle de 40 ans, entrée à l'hôpital pour un kyste du foie diagnostiqué kyste hydatique. Le début remontait à trois ans au dire de la malade. L'état général n'était pas bon.

La tumeur occupait l'épigastre. Elle était arrondie, mais elle n'était pas dure comme le sont les kystes hydatiques.

La laparotomie montra un kyste assez gros contenant un liquide bilieux. La paroi n'était pas tapissée d'une membrane hydatique, de plus ont put la détacher, la décoller du parenchyme. Il en résulta une surface suintante qui fut suturée par du catgut. Malheureusement la malade mourut.

L'examen macroscopique montra qu'il s'agissait d'une membrane kystique tapissée d'épithelium. Au delà de la membrane kystique, le parenchyme était cirrothique, on y trouvait des microkystes. Du reste la grande cavité kystique présentait des diverticules qui infiltraient plus ou moins loin le parencyme hépatique.

Après avoir rappelé l'historique de la question, Thèse de MICKALOWITZ, Paris 1876, et les articles plus récents de GREGORIEFF, de ROSENSTEIN, etc., nous remarquons que les travaux modernes sont d'origine

étrangère et que si l'on excepte le *Traité de Chirurgie du foie* de SCHWARTZ, 1901, on cherche vainement dans nos classiques français la moindre allusion aux kystes épitheliaux du foie.

Il est curieux de constater que ces kystes s'observent presque toujours chez la femme : 6 cas pour 1 d'homme. Cette remarque est en faveur de l'origine congénitale de la maladie. On les observe à tous les âges, depuis 2 ans jusqu'à 75 ans.

Nous établissons d'emblée dans notre travail l'analogie qui existe entre les kystes du rein et ceux du foie. Comme les reins pour lesquels de nombreuses études nous ont fixé, le foie peut être le siège de formations kystiques qui se divisent en deux catégories : dégénérescence polykystique, grands kystes séreux uniloculaires. La différence est dans la fréquence qui est beaucoup moins grande pour le foie que pour le rein.

Ces deux formations d'apparence différente relèvent en réalité d'une même cause et nous avons pu répéter ce qui avait été dit sur la pathogénie des kystes rénaux. Après avoir éliminé la théorie retentioniste et la théorie de la prolifération épithéliale, nous nous sommes ralliés à la théorie du dysembryome que LETULLE et VERLIAC ont si brillamment soutenu. Des travaux postérieurs à notre article tant français qu'étrangers nous ont montré que tous se ralliaient à cette manière de voir. On sait en quoi consiste cette théorie de LETULLE qui admet que si parmi les éléments qui au cours du développement donneront le foie et les voies biliaires, la plupart évoluent suivant les destinées normales; il en est qui restent figés dans leur aspect embryonnaire et d'autres qui deviennent monstrueux : ce sont ceux-là qui servent de berceau aux formations cystadenomateuses. Ces derniers constituent donc de

véritables « malfaçons formatives » aboutissant à une dysembryoplastie dont l'origine congénitale ne saurait être mise en doute.

Le ou les kystes siègent au voisinage du ligament suspenseur à droite ou à gauche. Leur nombre est variable. Les grands kystes chirurgicaux sont solitaires au moins microscopiquement. Dans la dégénérescence polykystique, les kystes peuvent être innombrables, envahir tout le foie ou seulement une partie qui pourra devenir extirpable.

Le volume est variable et peut être considérable (6 litres). Les petits kystes sont en continuité intime avec le parenchyme. Au contraire la paroi des grands kystes est d'ordinaire facilement détachable.

Il ne faut pas oublier que les reins étant plus souvent atteints que le foie par la dégénérescence kystique on observe fréquemment la coexistance des localisations ce qui peut avoir une grosse importance au point de vue opératoire. Microscopiquement la paroi kystique est toujours tapissée par un épithelium continu formé de cellules cylindriques ou cubiques sur une basale nette. Elle présente en outre des évaginations tubulaires et aussi, souvent plus en dehors, des microkystes dont la signification est très grande au point de vue pathogénique.

Le symptormatologie des grands kystes biliaires se confond en grande partie avec celle des kystes hydatiques du foie.

Etant donné son siège hépatique habituel la tumeur se manifeste à l'épigastre. Elle est indolore, régulière, lisse. Chose importante, elle est fluctuante. Ce signe permet jusqu'à un certain point de distinguer le kyste non parasitaire du kyste hydatique du foie.

En plus et comme caractères différentiels nous notons dans quelques observations de la douleur et pres-

que toujours des signes de déficience du foie, signes qui sont assez rares dans les kystes hydatiques.

Enfin les examens de laboratoire sont négatifs notamment l'intradermoréaction qui de plus en plus prend de la valeur en clinique.

Le traitement rationnel des grands kystes isolés est l'extirpation complète de la poche dont la paroi est décollable. C'est en effet cette opération qui fournit les meilleures statistiques. De plus elle est seule capable de mettre les malades à l'abri d'une récidive in situ.

Enfin elle amène la guérison dans un minimum de temps.

La marsupialisation est une pratique à rejeter comme procédé systématique de traitement. Néanmoins lorsque l'énucléation est impossible on devra marsupialiser après avoir réséqué le maximtm de la paroi kystiqe.

Les masses polykystiques localisées seront enlevées par résection cunéiforme du foie.

Dans les deux cas enucléation ou résection cunéiforme, on procèdera à la réparation du foie par une suture soignée de la glande et au besoin par un capitonnage.

La maladie polykystique généralisée du foie paraît au-dessus des ressources chirurgicales. Cependant, quelques chirurgiens ont utilement ouvert de grands kystes situés au milieu d'outres nombreux et plus petits.

Depuis ce travail de nombreuses observations ont été apportées tant en France qu'à l'étranger démontrant que les kystes biliaires sont moins rares qu'on pouvait le supposer. Nous avions pu réunir 47 faits. En moins de deux ans près de douze observations nouvelles ont été publiées.

OBLITERATION NON CALCULEUSE DES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES. Congrès français de chirurgie, 193, p. 564.

A la suite des rapports de VILLAR (Lyon) et MATHIEU (Paris) sur cette question à l'ordre du jour, nous apportons au Congrès le fruit de notre expérience, c'est-à-dire deux observations.

Pour la première il s'agit d'un homme de 31 ans, antérieurement opéré pour un kyste hydatique et qui se présente avec un ictère franc, de la fièvre et un amaigrissement inquiétant.

La T° ne cédant pas, ni l'ictère après quinze jours d'application de glace, on se décide à opérer.

Nous trouvons un foie volumineux, une grosse vésicule, avec une tête de pancréas très grosse. Pas de calcul perceptible. Cholecystosmie qui amène une vraie résurrection de notre malade qui engraisse de 10 kilos en deux mois.

Ultérieurement nous fermons la fistule biliaire.

En somme il s'agissait d'une pancréatite chronique qui a guéri par simple dérivation externe de la bile.

Les observations de ce genre ne sont pas nombreuses car on a souvent essayé de pratiquer des dérivations internes qui ont donné des désastres.

Pour la seconde observation il s'agissait d'un individu déjà opéré (cholécystostomie) pour ictère franc et total datant de plusieurs mois. (Médecin-major PIGEON).

L'intervention ne nous permit pas d'atteindre les voies biliaires principales bloquées par des adhérences si bien que nous nous vîmes contraints de faire une cholécystogastrostomie qui donna d'abord d'excellents résultats. Cependant après quelques mois des crises d'ictère survenant nous dûmes intervenir à nouveau. Ne pouvant cette fois encore aborder la voie prin-

cipale, nous fîmes une cholécystoduedenostomie qui donna une guérison parfaite qui se maintient encore.

Cette observation plaide en faveur de la Cholecystoduedenostomie contre la cholecystogastrostomie qui pourtant a été faite par beaucoup de chirurgiens.

Il n'est pas douteux que du point de vue physiologique l'anastomose de la vésiculé et de l'estomac est moins rationnelle que l'anastomose duodenale.

Du point de vue anatomique de même puisque la vésicule est couchée contre la première portion du duodenum. En fait notre observation confirme ces considérations théoriques.

CINQ OBSERVATIONS D'ABCES DU FOIE TRAITES PAR L'OUVERTURE PUIS LA FERMETURE PRIMITIVE AVEC ADJONCTION DU TRAITEMENT EMETINIEN. Communication à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 18 juin 1924.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ABCES AMIBIENS DU FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES. Thèse de BOUMALI, Alger 1921.

TRAITEMENT DES ABCES AMIBIENS DU FOIE. Société de Médecine d'Alger, 6 janvier 1923, avec C. AUBRY.

Notre communication à la Société de Chirurgie de Paris résume nos idées sur le traitement chirurgical des abcès amibiens du foie et collige nos observations présentées soit dans la thèse de notre élève BOUMALI, soit dans notre communication avec AUBRY à la Société de Médecine d'Alger.

Il y a encore peu de temps tout abcès du foie ouvert chirurgicalement était largement drainé. Il en résultait des suppurations interminables avec infec-

tions secondaires pouvant présenter une assez grande gravité.

Considérant que le pus des abcès amibiens est en général amicrobien nous nous proposons d'ouvrir la poche, de la vider entièrement, puis après vérification extemporanée de l'amicrobisme du liquide de refermer sans drainage en instituant naturellement un traitement émétinien intense.

Cinq malades traités de cette manière guérirent simplement.

A la vérité nous n'avons pas été les premiers à agir de cette manière.

Cotte et Chifoliau après une longue expérience acquise à Salonique avaient eu la même idée qu'ils réalisèrent timidement une fois.

De même Murard qui apportant un fait nouveau publié dans la thèse de Dumont (1923 Lyon) laissait conclure ainsi :

« Une telle méthode constitue l'exception, le traitement de l'abcès du fois reste l'ouverture suivie de drainage ».

Nos conclusions sont bien différentes. Admettant avec les travaux les plus récents que le pus des abcès du foie d'origine amibienne est en général amicrobien (Le Roy des Barres, Rogers, Hartman-Keppel) nous préconisons dans la règle la suture primitive.

Du reste n'est-ce point perfectionner la méthode qui a donné de si beaux succès que de vider chirurgicalement le contenu de l'abcès et de le fermer sans drainer ?

C'est entre toutes une méthode de sécurité, car elle permet de drainer si le pus est microbien.

Après notre communication, M. Robineau (Paris) publia une observation favorable à la réunion primitive

et nous savons que d'autres chirurgiens ont adopté notre manière de faire.

Avec Aubry nous avons essayé d'ébaucher les indications chirurgicales de l'abcès du foie.

Depuis le traitement par l'émétine on peut en effet admettre que la plupart des abcès du foie guérissent par un simple traitement médical. Certains d'entre eux n'échappent cependant pas à l'action chirurgicale et c'est ainsi que nous admettons que le chirurgien aura à intervenir dans les circonstances suivantes :

1° Abcès trop volumineux pour être résorbé.

2° Abcès infecté secondairement.

3° Mauvais état général et nécessité d'agir vite.

4° Complication telle qu'ouverture dans le péritoine.

5° Enfin erreur de diagnostic qui est fréquente étant donnée la complexité des signes cliniques des abcès du foie.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE OUVERT DANS LA PLEVRE. Société de Médecine d'Alger, le 3 mai 1924. In *Presse Médicale,* 17 mai 1924.

Dans cette observation extraordinaire un kyste hydatique du foie a pu se comporter d'une façon imprévisible. Il s'agissait d'une jeune femme traitée plusieurs mois auparavant pour lithiase biliaire et cholecystite à cause d'une tumeur appendue à la face inférieure du foie ? Récemment le diagnostic de pleurésie ayant été fait, on avait pratiqué plusieurs ponctions et évacué ainsi 10 litres de liquide jaune.

Cette malade prise soudain de douleurs abdominales aiguëes entra à l'hôpital. Une laparatomie pratiquée aussitôt nous permit de voir et de traiter un kyste hydatique appendu à la face inférieure du foie. Un autre énorme s'était par une fissure ouvert dans le péritoine. Son siège étant postéro-supérieur, d'autre

part le thorax étant rempli de liquide, nous refermâmes le ventre et retournant la malade, nous ouvrîmes le thorax.

Après avoir évacué une quantité considérable de liquide bilieux, nous constatâmes que l'épanchement avait *décollé le médiastin postérieur, mettant à nu la colonne vertébrale.* Après assèchement de la cavité, nous incisâmes le diaphragme et après avoir évacué un énorme kyste, nous le marsupialisâmes. Guérison après de longs mois d'écoulement biliaire.

L'intérêt de ce cas nous a paru surtout résider dans ce fait, que le médiastin postérieur avait été séparé d'avec la colonne vertébrale et étant donné l'importance des vaisseaux du médiastin (aorte, veines, caves), nous comprenons difficilement qu'aucun accident hémorragique ne soit venu compliquer la situation déjà si grave.

KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES DU FOIE. SITUATION POSTERIEURE DE L'UN D'EUX. ELARGISSEMENT DE LA LAPAROTOMIE PAR THORACOPHRENO LAPARATOMIE SANS PNEUMOTHORAX. GUERISON. Société de Chirurgie, 24 octobre 1923. Rapport de M. Roux Berger.

LA THORACOPHRENO - LAPAROTOMIE SANS PNEUMOTHORAX DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE A LOCALISATION SUPERO-POSTERIEURE. Presse Médicale 1925 (pour paraître).

Dans le dernier travail nous apportons une observation nouvelle analogue à celle présentée à la Société de Chirurgie pour laquelle M. Roux Berger voulut bien faire un rapport.

Jusqu'à ce jour on était fort embarrassé pour aborder et traiter les kystes hydatiques du foie logés très haut sur le dôme et en arrière. Ces kystes comme dans notre seconde observation bombent vers le thorax ou la radio les met en évidence. Le développement thoracique est tel que le foie est souvent à peine abaissé et si nous n'avions à notre disposition les rayons X, le diagnostic serait très malaisé.

On comprend que dans de pareilles conditions on ait pu proposer d'aborder d'emblée les kystes par la voie transthoracique. Nous estimons qu'une voie autre que cette dernière qui délibérément traverse la plèvre au risque de l'inoculer, doit souvent être considérée comme préférable. D'autant que bien de ces kystes supérieurs pourront être abordés après simple résection du cartilage des fausses côtes.

Comme il est difficile, sinon impossible de savoir si on pourra traiter de tels kystes par ce procédé, voici la technique que nous proposons : Incision au ras des fausses côtes. Le péritoine ouvert, on juge si la simple résection des fausses côtes sera suffisante, pour permettre de traiter le kyste. Dans le cas où la chose serait impossible, nous préconisons de faire une thoraco-phreno-laparatomie sans pneumothorax suivant la technique que nous avons décrite à propos de l'hypochondre gauche (voir chirurgie de la rate et de l'hypochondre gauche). Cette technique très simple nous a donné deux beaux succès dans des cas extrêmement difficiles.

Chirurgie du Pancréas

CONTUSIONS DU PANCREAS ET FAUX KYSTES TRAUMATIQUES. Avec M. Mocquot (de Paris), *Revue de Chirurgie,* 1923-1924, mémoire de 107 pages.

Dans cette étude nous avons réuni les contusions et ruptures du pancréas et les faux kystes traumatiques qui d'ordinaire sont étudiés séparément. Ces deux questions nous ont paru intimement liées puisque si certaines contusions ou ruptures ont des manifestations cliniques assez importantes pour commander une intervention urgente d'autres évoluent plus sournoisement et donnent naissance quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme à un épanchement qui crée de faux kystes pancréatiques.

A l'origine de notre travail se trouvent deux observations inédites l'une de rupture du pancréas opérée d'urgence avant la guerre à l'hôpital St-Louis, l'autre de faux kystes traumatique.

De plus nous avons pris connaissance de 143 cas déjà publiés. Sur ces 143 observations nous comptons 55 contusions ou rupture et 88 pseudo kystes. Nous donnons à la fin du mémoire un résumé de ces observations.

Nous insistons sur la nécessité de lier indissolublement les deux questions si on veut éviter les confusions trop souvent commises dans les études mêmes récentes portant sur les kystes d'origine pancréatique. Nous rappelons les faits essentiels de l'histoire des pseudo kystes pancréatiques et montrons que si la première observation publiée de contusion du pancréas date de 1847 (Travers), il faut arriver à 1905 date du rapport de Villar au congrès de chirurgie, pour trouver des documents suffisants permettant de

se faire une idée exacte des traumatismes fermés du pancréas.

Ces traumatismes sont du reste rares à cause de la position profonde de l'organe qui est protégé par les côtes, la colonne vertébrale, la paroi abdominale. Il s'agit presque toujours de chocs très violents capables de déprimer la paroi, de plier ou de briser les côtes, souvent c'est un instrument contondant étroit qui en est cause (roue de voiture. timon) et qui, s'insinue entre les fausses côtes. La nécessité de la dépression abdominale dans les traumas du pancréas explique qu'on les observe souvent chez des jeunes gens et au moins chez des hommes jeunes.

Maximum de fréquence 10 à 20 ans, après 50 ans nous n'avons pu trouver que deux observations.

Anatomie pathologique et mécanisme

Siège : région prévertébrale. Les extrémités sont souvent atteintes étant mieux protégées. Les lésions peuvent être plus ou moins importantes. Elles peuvent aller jusqu'à la section complète de l'organe écrasé devant la colonne vertébrale ou bien le pancréas est longuement déchiré dans la région de la queue Si la contusion est de petite importance elle pourra ou bien guérir spontanément ou bien donner naissance à un faux kyste.

Par des expériences surtout cadavériques nous nous sommes attachés à préciser le sort du canal de Wirsung dans ces traumatismes. Nous nous sommes aperçus que la glande pouvait être complètement sectionnée alors que le canal excréteur demeurait intact. Cette découverte nous a paru avoir une grande importance au point de vue thérapeutique et des discussions qui eurent lieu par la suite à la Société de

Chirurgie de Paris, il résulte que notre manière de voir est actuellement adoptée généralement.

Nous avons été conduit à établir une échelle de résistance des organes dans une contusion épigastrique par timon de voiture par exemple. C'est le tissu glandulaire du pancréas qui cède le premier, puis vient le canal de Wirsung, ensuite l'estomac non pas tant à cause de sa résistance propre que parce qu'il est protégé par le coussin pancréatique qui double la colonne vertébrale, enfin les vaisseaux dont la résistance paraît très grande. Cette circonstance est heureuse car s'il en était autrement on ne peurrait intervenir à cause des homorragies qui seraient mortelles.

Le pseudo kyste nait lorsque la contusion a été minime. Il n'est pas nécessaire que le canal de Wirsung soit déchiré pour qu'il se fasse un épanchement intrapéritonéal de liquide pancréatique. Ce liquide peut être mêlé à du sang. Il est quelquefois très abondant (3 litres).

Cet épanchement se trouve limité en général par les parois naturelles de l'arrière cavité des épiploons et par des adhérences plus ou moins épaisses.

Comment se comporte le péritoine vis-à-vis du suc pancréatique? On a longtemps cru que ce suc digérait graisse et tissu. Depuis les expériences récentes de Brocq, de Binet après celles plus anciennes de Jenu, Cecherelli on sait que le suc pancréatique non activé n'a aucune action sur la graisse, alors que s'il est activé (bile, entéro kinase, suppuration) il est capable d'un pouvoir digestif intense.

Ces faits expliquent que dans les contusions du pancréas même lorsque l'organe est coupé en deux il n'y ait pas de cytosteatonecrose qui est la règle dans

la pancréatite hémorragique. De même dans les épanchements des pseudo kystes traumatiques.

Les exceptions confirment cette règle, et on a pu voir des taches de cytosteatonecrose dans une contusion du pancréas lorsque le duodenum était ouvert permettant à la bile et au suc intestinal d'activer le suc pancréatique.

Les conséquences pratiques de ces considérations sont très grandes. D'une part il ne faudra pas négliger d'explorer le pancréas dans les contusions de l'adbomen même s'il n'y a pas de taches cytosteatonecrose et si par hasard ces taches existent il faudra explorer à fond le duodenum et le tube intestinal voisin.

Clinique

Lorsque la contusion du pancréas est isolée la symtomatologie n'est pas très riche. Il sera bon d'intervenir chaque fois qu'après une contusion épigastrique le blessé souffre spontanément et à l'exploration. Lorsqu'au contraire à la contusion du pancréas s'ajoutent des lésions gastriques, spleniques, vasculaires, etc., les signes sont plus nets et traduisent une péritonite commençant ou bien une hémorragie interne qui commande l'intervention d'urgence.

Quand un pseudo kyste doit se développer les signes ne sont pas très importants après le trauma. C'est pourquoi le chirurgien hésite à intervenir. Ce n'est que quelques jours après, parfois quelques semaines que se manifestent les signes d'une collection épigastrique envahissant l'hypochondre gauche ayant devant elle l'estomac (radio) et sous elle le côlon.

En même temps on constate des signes généraux (cachexie, diarrhée).

Cette collection peut suppurer ou s'ouvrir dans le ventre.

Le diagnostic est difficile.

Pour les contusions il faudra savoir être interventionniste si on veut les découvrir précocement.

Quant aux pseudo kystes ils sont maintenant bien connus et on pourra les soupçonner. La radioscopie les examens de laboratoires rendent des services.

Le traitement est chirurgical. Lorsqu'il y a contusion du pancréas après avoir découvert la lésion il faudra explorer les voies d'excrétion. Si le canal de Wirsung est intact on rapprochera les bords et on tamponnera. Si au contraire il est sectionné nous fondant sur les expériences classiques de Claude Bernard nous préconisons la ligature des deux bouts du canal dans l'espoir d'atrophier le segment gauche de la glande. La section bout à bout du canal est en effet impraticable, de même que la résection du segment gauche du pancréas.

Pour aborder le pancréas on passera de préférence à travers le ligament gastrocolique.

Le traitement des pseudo kystes est très simple. L'ouverture et le drainage après marsupialisation suffisent pour obtenir la guérison presque toujours.

Lorsqu'il existera une fistule pancréatique consécutive, si le régime préconisé par Wolgmuth ne réussit pas il faudra avoir recours au traitement chirurgical. Injections atrophiantes de liquide, abouchement de la fistule dans le tractus digestif.

Chirurgie de la Rate et l'Hypochondre gauche

CONTUSION DE LA RATE. SPLENECTOMIE PAR THORACO-PHRENO-LAPAROTOMIE Guérison. Société de Chirurgie de Paris, 18 février 1920. Rapport de M. A. SCHWARTZ.

Le malade qui fait l'objet de cette communication présentait une contusion de la rate pour laquelle une splenectomie s'imposait. Nous fîmes le diagnostic de contusion splénique et nous commençâmes par faire une laparotomie transversale devant le 10e espace. Ayant constaté que le péritoine était rempli de sang, que la rate dont on voyait le pôle inférieur était blessée, ne pouvant espérer faire une splenectomie parce que l'organe qui devait avoir un pédicule court ne sortait pas, nous fîmes une incision suivant le 10e espace, coupant les muscles intercostaux d'abord et le diaphragme ensuite.

La rate s'extériorisa facilement et nous pûmes facilement l'enlever.

Notre maître, M. A. SCHWARTZ, étant notre rapporteur, préconisa dans le cas où la rate ne pouvait sortir facilement, la thoraco-phreno-laparotomie et approuva notre conduite.

Plusieurs orateurs prirent la parole pour réprouvers la thoraco-phreno-laparotomie dans les contusions et rupture de la rate. M. QUENU cependant fit remarquer qu'il était peut-être excessif de condamner une technique qui pourrait rendre des services.

Notre observation est le premier cas de splenectomie pour contusion de la rate par thoraco-phreno-laparotomie. Le succès a suivi notre intervention.

Au cours de la guerre nous avons eu l'occasion d'enlever plusieurs rates, nous laissant guider par le tra-

jet du projectile. Nous avons été conduit à passer à travers le diaphragme et nous avons été frappé de la facilité extrême de la splenectomie réalisée dans ces conditions. On voit parfaitement le pédicule splénique et on ne fait pas une hémostase aveugle. Au reste nos blessés ont le plus souvent guéri.

Or il ne faut pas oublier la réputation de gravité de la splenectomie. Cette gravité est due à notre avis à une mauvaise hémostase faite à l'aveugle et nous avons présente à l'esprit la communication de WILLEMS dans la première année de la guerre d'où il résultait que la splenectomie était presque fatalement mortelle. Les faits ont démenti cette manière de voir le jour où se laissant conduire par le trajet du projectile les chirurgiens abordèrent la rate à travers le diaphragme. Au reste la thoraco-phreno-laparotomie a conquis maintenant droit de cité et elle semble actuellement formellement indiquée dans les plaies thoracoabdominales et considérée comme utile dans les contusions spléniques, surtout si la rate a un pédicule court et ne sort pas.

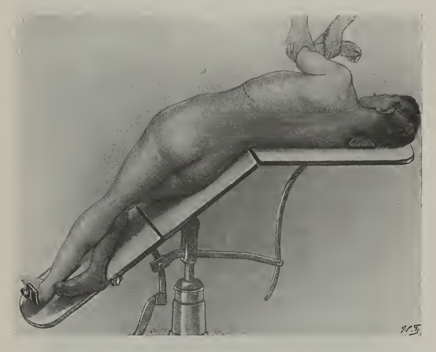
VALEUR DE L'INCISION COMBINEE DE L'ABDOMEN ET DU THORAX DANS L'EXPLORATION CHIRURGICALE DE L'HYPOCHONDRE GAUCHE. Journal de Chirurgie, 1922, pp. 130 à 140, 6 planche..

Nous exposons dans ce travail le manuel opératoire de la laparothoraco-phrénotomie en insistant sur un perfectionnement technique qui permet d'éviter le pneumothorax et d'opérer en dehors de la plèvre.

L'exploration chirurgicale de l'hypochondre gauche à toujours eu la réputation d'être difficile. On a proposé des incisions diverses avec ou sans résection du rebord cartilagineux ou sa mobilisation.

C'est en 1901 que DEMONS propose la thoraco-laparatomie. Mais c'est surtout pendant la guerre que le

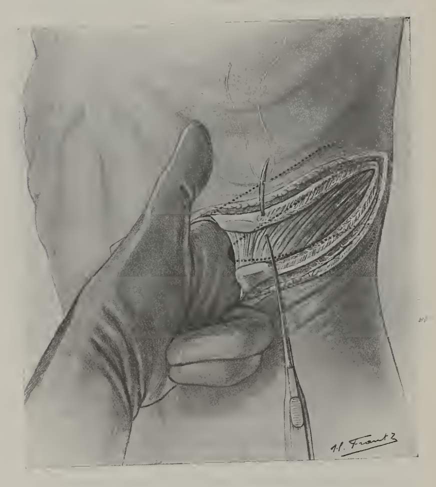
procédé se généralise. A. Schwartz lui fit faire un grand progrès en proposant d'inciser le thorax suivant un espace intercostal et de couper le rebord cartilagineux.



Le jour obtenu ainsi est énorme et permet d'explorer à merveille l'hypochondre gauche. Malheureusement ce procédé comporte l'ouverture de cavité pleurale avec des dangers d'innoculation de la séreuse.

C'est contre cet inconvénient que nous proposons un perfectionnement. Le ventre ouvert, les doigts de la main gauche sont placés sous le diaphragme et le plaquent contre le gril costal. Le cartilage est incisé puis l'espace intercostal. La main droite maniant l'aiguille de Reverdin fait alors un surjet qui unit intimement des bords des côtes et le diaphragme qui est incisé de

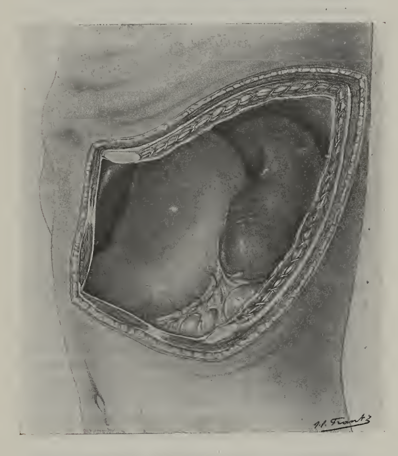
telle manière que la plèvre est traversée sans danger puisque si le surjet est bien fait il n'y a même pas de pneumothorax. L'écartement des bords de la plaie



est très aisé. La reconstitution de la paroi de même. Elle se fait en trois plans. Il ne faut pas négliger de réunir les surfaces de section cartilagineuses à l'aide d'un fil de bronze ou d'un crin. Le jour obtenu est

parfait. On peut explorer avec la plus grande facilité rate, estomac, queue du pancréas.

Nous terminons par un exposé des indications qui sont nombreuses. Mais les circonstances qui ne per-



mettent pas toujours de commencer par le ventre peuvent obliger au pneumothorax que notre procédé évite.

Les plaies thoracoabdominales sont à notre avis une indication formelle à la thoraco-phreno-laparotomie suivant la technique de M. Schwartz.

Voir clair dans ces traumatismes c'est le seul moyen d'éviter les désastres que beaucoup de chirurgiens redoutaient pendant la guerre.

Avec Jean Quenu nous estimons que les hernies diaphragmatiques entrent dans les indicatoins.

Restent les tumeurs de l'hypochondre gauche qui pourront gagner à être ainsi opérées.

Nous mettons en garde cependant contre tout emballement et nous indiquons que bien des opérations pourront avoir lieu utilement sur l'hypochondre gauche sans nécessiter la traversée de la plèvre. Unc bonne et large incision suivie d'une résection du rebord cartilagineux sera suffisante dans la plupart des cas. C'est un point à ne pas oublier.

PSEUDO KYSTES HEMATIQUES DE LA RATE CHEZ UN PALUDEEN. SPLENECTOMIE. Société de Chirurgie de Paris. Rapport de M. Mocquot, 10 janvier 1923.

. *LES HEMATOMES ENKYSTES DE LA RATE DANS LE PALUDISME* (Thèse de Marguerite, Alger 1924).

L'observation présentée à la Société de Chirurgie concernait un homme de 29 ans ayant des antécédents paludéens très importants. Depuis deux ans, douleurs à l'hypochondre gauche. Il y a huit mois, chute d'une échelle. Les douleurs s'accroissent. A l'examen, l'hypochondre gauche est rempli par une masse fixée et douloureuse que la radioscopie met en évidence.

Intervention : après incision transversale on tombe sur une collection sous-phrenique. La ponction évacue du sang. On ouvre et on voit que le pseudo kyste est limité en dedans par la rate dont la pulpe est à nu. En dehors c'est la capsule de la rate qui tapisse le diaphragme en y adhérant d'une manière intime. On

évacue des caillots organisés puis après avoir constaté que la face hilaire de la rate est libre d'adhérences, on élargit la plaie en incisant parallèlement aux fausses côtes. On dégage le pédicule splénique et après l'avoir lié la rate est facilement enlevée.

En somme nous avons fait ce que LOMBARD a appellé une splenectomie sous capsulaire qui en réalité est sous-capsulo adhérentielle, la décapsulation cessant dans les zones libres d'adhérences.

Notre élève MARGUERITE après cette communication en fit son sujet de thèse et réunit 44 observations qui lui permirent de montrer que la majorité des hématomes spléniques sont traumatiques et surviennent chez des paludéens porteurs de grosse rate adhérente au diaphragme par la face externe.

L'apparition de ces hématomes se fait sous l'influence des tractions exercées sur les adhérences. Il en résulte un décollement sous-sapsulaire et un épanchement qui progresse par à-coups en concordance avec les poussées de paludisme.

Le traitement de ces pseudo kystes est discuté. Certains chirurgiens ont pu se contenter de les drainer. Le rapport de MOCQUOT conclut à la nécessité de pratiquer la splenectomie et personne ne l'a contredit à la Société de Chirurgie. Il semble en effet que cette opération malheureusement difficile mette le malade à l'abri de toutes récidives et complications.

Il est à remarquer que ces interventions déclanchent souvent des accès palustres, aussi est-il bon d'instituer un traitement antimalarique.

CHAPITRE VIII

CHIRURGIE DE GUERRE

DE LA CHIRURGIE DANS LES POSTES CHIRURGICAUX AVANCES. Paris Médical, juin 1916.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU POSTE CHIRURGICAL AVANCE. Thèse de Labeglies, Bordeaux 1916.

Ayant eu l'honneur d'avoir la direction d'un poste chirurgical avancé pendant l'offensive de Champagne, septembre 1915, nous avons exposé nos idées sur la valeur de ces postes.

A cette époque on prétendait pouvoir faire de la chirurgie presqu'au voisinage des tranchées. Notre poste (Berzieux), ancien poste de secours, était entouré par les pièces d'artillerie préparant l'offensive. Il était insuffisamment aménagé. Nous nous sommes contenté de faire quelques ligatures et d'évacuer les blessés avec le plus de célérité possible.

Nous concluions que l'idéal était de se rapprocher des blessés pour les avoir vite, il fallait cependant n'entreprendre d'interventions chirurgicales qu'au cas où l'installation serait parfaite et la sécurité absolue.

Nous n'avons jamais été, en effet, de ceux qui prétendaient que les blessés habitués aux bombardements se voyaient sans inquiétude traités à proximité de la ligne de feu, dans un lieu sans sécurité.

Nous avons eu la joie de voir réaliser nos desiderata plus tard en 1917 au poste chirurgical avancé de Beaurieux qui, installé dans des caves profondes, présentait toutes les garanties chirurgicales et de sécurité. Malgré cela fidèle à ce que nous avions écrit en 1916 nous avons toujours estimé qu'on ne devait conserver dans les postes chirurgicaux avancés les mieux organisés que les très graves blessés de la catégorie des intransportables qu'un autre voyage en auto aurait tués.

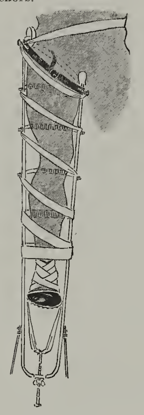
APPAREIL DE TRANSPORT POUR FRACTURE DE CUISSE. En collaboration avec Vigot. Société de Chirurgie de Paris, 27 janvier 1918. Rapport de M. Rochard.

Cet appareil était destiné à transporter les fracturés de cuisse depuis le poste de secours ou de triage jusqu'au centre de fractures. Il dérive de l'attelle de Thomas dont il se distingue par une utilisation plus rationnelle des points d'appui iliaques. C'est un long étrier de fer dont la branche externe présente à l'extrémité un tampon qui se plaque dans l'espace interilio trochantérien. La branche interne présente une béquille qui répond à la branche ischio pubienne.

Les deux extrémités sont réunies par une courroie à glissière qui fait le tour de la racine de la cuisse et qui accroche l'ischion au moment où on la serre.

L'extension se fait par une vis à papillon. Le long des branches de l'étrier se trouvent des petits crochets qui permettent aux bandes de prendre point d'appui. Enfin de chaque côté et non loin de la vis, des tiges

de fer repliables empêchent l'appareil de basculer en dedans ou en dehors.



Cet appareil fut utilisé au cours des hostilités par le Ier Corps d'Armée colonial.

LE POINT DE MAXIMUM DE MOBILISATION DANS LA LOCALISATION DES PROJECTILES. En collaboration avec L. Gosselin. *Journal de Radiologie* N° 4, 1919.

Bien des procédés ont été utilisés pour la recherche des projectiles. Détermination de profondeur. Procédé des quatre points, etc., etc.

Celui que nous préconisons a le mérite de la simplicité. Il ne nécessite aucun calcul et un seul point marqué suffit. A l'aide d'une tige métallique on cherche sous l'écran le point d'où on peut, par des pressions successives mobiliser au maximum le corps étranger. Ce point est marqué.

C'est le point cutané qui est le plus rapproché du projectile. En principe c'est par lui que doit passer l'incision sauf contrindication anatomique.

Il faut évidemment que le chirurgien soit par ailleurs renseigné sur les rapports du corps étranger avec le squelette.

Ce procédé n'est applicable qu'aux projectiles des parties molles, c'est-à-dire capables de se mobiliser.

Il nous a permis pendant la guerre d'enlever aisément plusieurs centaines de balles ou éclats d'obus.

Alger — Imprimerie LA TYPO-LITHO - Téléph. 8-63